

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

LUNIER ET FOVILLE

Inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance
et des asiles d'aliénés

—

SIXIÈME SÉRIE. — TOME SEPTIÈME

QUARANTIÈME ANNÉE



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

—
1882

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

Rapports entre les lésions de l'hémisphère droit et l'hémiplégie émotive. — De la torpeur cérébrale. — De l'épilepsie due à la surcharge alimentaire et aux irritations gastro-intestinales — Affections vermineuses chez les aliénés. — Hallucinations d'un médecin aliéné racontées par lui-même. — Lésions du tissu osseux chez les hémiplégiques et les paralytiques. — Extension du procédé de l'alimentation forcée. — La napélline, nouveau médicament hypnogène.

M. le Dr Luys, continuant ses recherches relatives aux localisations cérébrales, vient d'émettre, avec de prudentes réserves, une nouvelle opinion qui, si elle se trouve confirmée, constituera une notion très intéressante ajoutée à celles que l'on possède jusqu'à présent sur ce sujet. Son travail intitulé « Nouvelles recherches sur les hémiplégies émotives », a paru dans le n° de l'*Encéphale* du 25 septembre dernier. M. Luys commence par établir que, parmi les individus frappés d'hémiplégie, il en est un certain nombre qui sont calmes, tranquilles, apathiques, et qu'il en est d'au-

tres, au contraire, chez lesquels les facultés émotives arrivent à un haut degré de suractivité. Ils sont anxieux, disposés à s'émouvoir, et, quand on leur adresse la parole, ils s'expriment avec des intonations larmoyantes, entrecoupées et comme s'ils étaient sous le coup d'une émotion incoercible. Ce sont les malades constituant ce second groupe dont M. Luys désigne l'affection sous le nom d'hémiplégie émotive.

En outre, et c'est là le point le plus intéressant de son travail, de l'étude qu'il fait des symptômes présentés par ces malades pendant leur vie, et des lésions anatomiques constatées chez eux à l'autopsie, M. Luys se considère comme autorisé à déduire les conclusions suivantes :

1° La surexcitation des facultés émotives se développe exclusivement lorsqu'il y a lésion de l'hémisphère cérébral droit, c'est-à-dire dans les cas d'hémiplégie gauche.

2° La lésion spéciale qui paraît coïncider tout particulièrement avec cette hyperesthésie émotive semble être, de préférence, localisée dans un département de la couche corticale qui répond à la partie supérieure de la première circonvolution temporale droite, située au fond de la scissure de Sylvius. Cette lésion spéciale serait distincte de celle qui détermine la paralysie motrice, l'hémiplégie proprement dite, et qui, coexistant avec elle, serait une dilacération plus ou moins profonde de l'insula, de la capsule externe et de la substance grise du corps strié.

Il résulte de cette formule très précise qu'il y aurait deux grandes classes d'hémiplégie : 1° celle qui, déterminée par une lésion cérébrale gauche et siégeant à droite, serait habituellement accompagnée d'aphasie ; 2° celle qui, déterminée par une lésion cérébrale droite et siégeant à gauche, serait habituellement accompagnée d'hyperesthésie émotive.

Nous ne faisons ici que signaler l'opinion de M. Luys en appelant sur elle l'attention de tous ceux qui sont à même de la contrôler ; mais il est une particularité à l'occasion

de laquelle nous ne pouvons nous défendre d'un certain étonnement ; nous voulons parler de l'antagonisme ainsi établi entre l'aphasie et l'émotivité, considérées comme symptômes accessoires de l'hémiplégie, la première étant représentée comme l'apanage à peu près exclusif des lésions de l'hémisphère gauche et la seconde comme celui des altérations de l'hémisphère droit.

Mais, précisément, tout le monde n'a-t-il pas remarqué et rapporté que les aphasiques sont essentiellement émotifs ? Ne sont-ils pas, de tous les malades affectés de paralysies partielles, ceux qui se distinguent le plus par leur facilité à pleurer, à manifester leur émotion, à s'emporter même ? Nous savons bien que c'est surtout de leur impuissance à s'exprimer qu'ils s'irritent ; mais, malgré l'existence de cette cause spéciale, il ne nous paraît pas aisé de les considérer comme des hémiplégiques torpides et apathiques.

Cette contradiction, au moins apparente, dans sa classification des hémiplégiques, ne peut pas avoir échappé à M. Luys ; aussi, serait-il à désirer, à notre avis, qu'il établît, d'une manière plus complète, les caractères différentiels qui distinguent, d'après lui, au point de vue clinique, les deux groupes de malades qu'il oppose l'un à l'autre. Ce serait, croyons-nous, ajouter, pour la masse des lecteurs, à l'intérêt déjà si grand que présente son travail.

Nous trouvons, dans le même journal, une étude de M. le professeur Ball sur la *torpeur cérébrale*, considérée comme un état psychologique, placé sur l'extrême frontière qui sépare la raison de la folie et qui, à ce titre, mérite un nom spécial et une place distincte dans le cadre des affections mentales.

Pour bien faire connaître cet état, l'auteur le décrit ainsi :
« Il est des malades qui, soit après une émotion violente,
» soit après une perturbation profonde de la santé, soit
» après une fatigue intellectuelle portée au delà des justes

» limites, tombent dans un état de prostration mentale qui
» semble abolir momentanément leurs facultés. Non seule-
» ment tout travail de l'esprit leur est absolument impossi-
» ble, mais encore la mémoire est affaiblie, le jugement
» indécis, la volonté hésitante, et ce qui semble dominer
» l'ensemble de la situation, c'est une sorte de paresse
» mélancolique, dont l'ombre se projette sur tout l'ensemble
» moral de l'individu. »

M. Ball rapporte trois observations de cette forme de maladie, dont l'évolution est absolument chronique et peut couvrir un espace de quelques mois ou de quelques années. Elle avait été déterminée, dans le premier cas par une cause morale, dans le second par un traumatisme physique; dans le troisième, elle paraissait se rattacher à la diathèse goutteuse.

De l'étude des symptômes présentés par ces trois malades, l'auteur conclut que la torpeur cérébrale ne peut être confondue, ni avec la lypémanie délirante, car elle en diffère absolument par l'absence de délire et d'hallucinations, par la rectitude du jugement et par la conservation de la santé physique; ni avec la lypémanie avec conscience, car elle s'en écarte par la lenteur et la difficulté des opérations intellectuelles, et par le vide de l'esprit; ni avec le début de la paralysie générale, car son pronostic est toujours favorable.

Nous nous demandons s'il ne serait pas plus conforme aux analogies de rapprocher cette torpeur cérébrale de la stupeur simple, ou stupidité sans délire, dont elle nous paraît pouvoir être considérée comme une forme amoindrie ou une sorte d'esquisse. Ici, en effet, l'activité cérébrale se trouve seulement ralentie au lieu d'être suspendue, et les manifestations intellectuelles sont seulement amoindries au lieu d'être temporairement abolies. La compromission mentale semble donc être de même nature, mais très différente en intensité.

Il serait très intéressant, en étudiant cet état de torpeur cérébrale, de rechercher à quelle condition matérielle et anatomique elle pourrait être attribuée. On n'a pas encore pu dégager, d'une manière incontestée, les causes organiques de la stupeur proprement dite; l'étude comparative de deux états, qui nous paraissent liés par une analogie étroite, pourrait peut-être jeter quelque jour sur une question encore obscure.

L'étiologie des affections épileptiformes offre un champ d'études tellement vaste et tellement intéressant que les recherches les plus diverses se succèdent, sur ce sujet, sans jamais l'épuiser. Nous avons encore à signaler, aujourd'hui, deux nouveaux travaux qui s'y rattachent et qui méritent toute l'attention des médecins aliénistes; l'un est un mémoire du Dr Pommay, médecin d'un hôpital militaire en Algérie, publié dans le n° de juin 1884 de la *Revue mensuelle de médecine*; l'autre est une communication faite par M. Marotte devant l'Académie de médecine, dans la séance du 12 novembre.

Le premier a observé plusieurs cas ayant des traits particuliers et communs qu'il résume ainsi: attaques convulsives, accompagnées de vomissements alimentaires, suivies d'embarras gastrique et survenant trois ou quatre heures après des écarts de régime, soit liquides soit solides. Il rapproche ces cas de ceux qui ont été publiés par M. le Dr Lépine sous le titre d'« Épilepsie survenant à la suite d'écarts habituels de régime » (*Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1877). Chez tous ces malades, les crises convulsives paraissaient dues, d'une manière directe, à une excitation périphérique transmise aux centres nerveux par un estomac surchargé d'aliments et de boissons; d'où le nom assez légitime d'épilepsie gastrique.

M. Pommay croit encore pouvoir rapprocher, comme étiologie, ces cas de ceux qui ont été décrits dans ces der-

nières années, en Allemagne, sous le nom de névroses du pneumo-gastrique, et qui consisteraient en crises de battements de cœur, avec oppression, arythmie, sentiment de faim s'élevant jusqu'à la douleur; ces symptômes apparaîtraient à la suite d'écarts de régime, et cesseraient après un traitement ayant pour objectif les troubles de la digestion. Or, les expériences faites sur les animaux montrent que la section du nerf vague est suivie de battements précipités et d'arythmie du cœur. Ces crises cardiaques tiendraient donc, encore, à l'irritation périphérique du pneumo-gastrique dans l'estomac; seulement cette irritation, au lieu de provoquer, comme dans l'épilepsie gastrique, des symptômes d'excitation ou convulsifs, produirait ici des symptômes d'arrêt ou paralytiques. Ces faits seraient donc d'accord avec la loi générale d'après laquelle les irritations périphériques se traduisent, soit par des phénomènes de paralysie, soit par des phénomènes de convulsions. Seulement, comment se fait-il qu'une seule et même cause, les écarts de régime, puisse, dans une circonstance, déterminer une paralysie, tandis que dans une autre elle fait apparaître des crises convulsives? M. Pommay se demande si cette diversité d'action ne tient pas à l'âge et à la constitution des sujets. Ceux qui sont atteints d'épilepsie sont des jeunes gens vigoureux et bien portants du reste; les autres sont des personnes d'un âge mûr, profondément anémiées et plus ou moins épuisées par la fatigue.

La malade observée par M. Marotte, présentait, depuis cinq ans, des crises épileptiformes accompagnées de diarrhée tenace et à récédive, de sensations agaçantes et de faiblesse progressive dans les membres inférieurs; d'après cet ensemble de symptômes, M. Marotte la considère comme atteinte de crises bulbaires, à forme épileptique, symptomatiques d'une ataxie locomotrice fruste, à évolution très-lente, et il se demande, en même temps, si la diarrhée tenace et récidivante que présente la malade n'a pas pu, par une

influence ascendante, être le point de départ des lésions bulbaires.

Un des collaborateurs des *Annales*, M. le Dr Rousseau, directeur-médecin de l'asile d'Auxerre, vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire* (7 octobre 1881), un travail très sérieux sur l'origine des entozoaires. D'après ses recherches, l'apparition des helminthes se serait effectuée pendant le cours de la période secondaire de l'évolution terrestre; la plupart auraient succombé à la période tertiaire, par suite de l'abaissement de la chaleur planétaire; ceux seuls qui étaient devenus parasites se seraient conservés, et auraient successivement envahi toutes les séries animales et l'homme lui-même, le dernier venu de la création. Nous n'avons pas la compétence nécessaire pour apprécier le fond des conclusions de M. Rousseau; mais, quoiqu'il en soit à cet égard, personne, à coup sûr, ne méconnaîtra l'ingéniosité de ses arguments, ni la sincérité de ses convictions. Si nous parlons ici de ce travail, c'est que, par un point au moins, il se rattache à notre spécialité. M. Rousseau dit, au début, que s'il a été amené à étudier cette question, c'est que, depuis plusieurs années, il a eu l'occasion de s'occuper des affections vermineuses qui déterminent parfois de graves accidents chez des aliénés. La présence des entozoaires, ajoute-t-il plus loin, et surtout des lombrics, n'est pas rare chez les malades de l'asile d'Auxerre. Il est convaincu, conformément à l'opinion de M. Davaine, que l'infection s'effectue par l'intermédiaire des liquides, et il l'attribue, dans l'espèce, à ce que certains malades boivent, quoi que l'on fasse pour les en empêcher, l'eau malpropre des ruisseaux et des fossés, ou même mangent des matières excrémentitielles. Aussi, a-t-il remarqué que les affections vermineuses ne s'observent que chez les malades les plus dégradés au point de vue moral, tandis que les malades lucides et le personnel admi-

nistratif en sont complètement exempts. Ce sont là des idées intéressantes et que nous croyons nouvelles; aussi auraient-elles besoin d'être développées par leur auteur, et soumises au contrôle d'observations rigoureuses dans d'autres asiles.

A côté des travaux écrits, en si grand nombre, par les médecins aliénistes, sur la description et la théorie physiologique des hallucinations, il y a lieu de citer, de la manière la plus honorable, l'étude récemment publiée par le Dr Kaudinsky, de Moscou, sur les hallucinations dont il a été lui-même le jouet pendant le cours d'un accès d'aliénation mentale qui n'a pas duré moins de deux ans. (*V. Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, t. XI, n° 2.)

Le Dr Kaudinsky était affecté de lypémanie avec profond désespoir, idées de suicide et refus d'aliments. Les hallucinations ne commencèrent qu'un mois après le début de l'affection; l'auteur pense qu'elles furent le résultat de l'épuisement nerveux, et de l'état général d'anémie, produits par l'insuffisance de son alimentation. Elles se manifestaient, surtout, lorsque toute activité du corps et de l'esprit se trouvait suspendue; elles étaient spontanées, le malade n'ayant jamais réussi à les évoquer volontairement, ni à changer en hallucinations, soit un souvenir, soit un produit de son imagination, ni même à rappeler une hallucination qu'il avait eue antérieurement; aussi considère-t-il que la volonté ne peut avoir d'autre influence sur le phénomène hallucinatoire que de mettre le malade dans un état favorable à sa production, et rejette-t-il complètement l'opinion de Lélut, d'après laquelle les hallucinations ne seraient que des idées projetées à l'extérieur, des idées faites images.

Le Dr Kaudinsky éprouvait des hallucinations de tous les sens excepté de celui du goût; celles de l'odorat étaient

comparativement rares. A propos de celles de l'ouïe, il dit :
« Dans beaucoup de circonstances il n'était pas aisé de
» distinguer les hallucinations auditives des sensations
» réelles, car, dans un asile d'aliénés, les malades entendent,
» de tous côtés, tant de sons, de voix et de propos de tout
» genre, qu'il leur est bien difficile de faire la part de la
» réalité et celle de la maladie. »

De toutes les fausses sensations, les plus fréquentes étaient celles de la vue et de la sensibilité générale, notamment celles se rapportant à l'équilibre du corps et à sa situation dans l'espace. Il voyait des objets tourner autour de l'axe de son corps, ou de l'axe de sa vision; le sol paraissait fuir sous ses pieds, les murs s'envolaient de chaque côté. Parfois, une partie de la muraille paraissait à l'œil droit monter en l'air, tandis qu'à l'œil gauche elle disparaissait en bas; cette impression produisait un sentiment très douloureux de déchirement cérébral; d'autres fois il croyait rouler au bas d'une pente, ou bien être projeté de son lit et voguer dans le vide. Dans tous les cas d'hallucinations où le sentiment de l'équilibre est détruit, et où la sensation du corps dans l'espace se trouve altérée, M. Kaudinsky pense qu'il faut attribuer ces phénomènes aux troubles de nutrition du cervelet.

« Quelques-unes de mes hallucinations, ajoute-t-il,
» étaient, comparativement aux autres, ternes et indistinctes; d'autres étaient nuancées de vives couleurs, semblables à celles d'objets réels perçus par la vision normale.
» Pendant toute une semaine, j'ai vu, sur une muraille
» qui était recouverte d'une tenture unicolore, une série
» de tableaux ayant de magnifiques cadres dorés, des peintures à fresque, des paysages, des marines, quelquefois
» des portraits aux coloris brillants, comme ceux faits par
» les peintres italiens. Une autre fois, comme je me préparais à m'endormir, je vis tout à coup devant moi une
» statue en marbre blanc, de taille moyenne, représen-

» tant une Vénus en train de se baisser. Après quelques
» minutes, la tête de la statue tomba, laissant à nu les
» muscles rouges du cou; la tête, en tombant, se brisa
» par le milieu, laissant voir le cerveau; le contraste entre
» la blancheur du marbre et la rougeur du sang était parti-
» ticulièrement frappant.

» J'avais des hallucinations, aussi bien les yeux ouverts
» que les yeux fermés. Dans le premier cas, je voyais des
» objets sur le sol, le tapis, le mur, ou bien ils cachaient
» ce qui était derrière eux. Parfois, la scène réelle qui m'en-
» tourait disparaissait subitement, pour être remplacée par
» une autre entièrement différente. Par exemple, de ma
» chambre, je me trouvais subitement transporté sur les
» bords d'un bras de mer, au bord duquel se trouvait une
» chaîne de montagnes ayant toutes les apparences de la
» réalité. Même lorsque mes yeux étaient fermés, je voyais
» des images d'êtres vivants, des préparations microscopiques,
» des figures d'ornements, qui se dessinaient sur
» le fond terne du champ visuel. Avec le temps je me familiarisai tellement avec les hallucinations de la vue
» qu'elles cessèrent de m'exciter ou de me tourmenter, et
» qu'elles finirent par m'amuser. »

Une fois arrivé à cette accoutumance, le D^r Kaudinsky se mit à lire et à faire d'autres travaux; au début, les hallucinations de la vue le troublaient et s'interposaient entre son livre et lui; mais progressivement il parvint à les dominer et à continuer à travailler sans s'occuper d'elles, jusqu'à ce qu'il fût complètement rétabli. Il obtenait ainsi, par un effet volontaire, la diversion que produisent bien souvent des causes extérieures telles que le retour du jour, l'arrivée d'une nouvelle personne, une interpellation énergique.

Le D^r Kaudinsky ne s'est pas contenté de décrire ses fausses sensations; il a cherché à en approfondir le mode de production, et dans ce but, il a analysé avec soin les diffé-

rentes théories modernes sur la nature et l'origine des hallucinations. Il les rejette toutes, à l'exception de celle du professeur Meynert (de Vienne), qui les attribue à une stimulation subjective ou automatique de la couche corticale du lobe antérieur du cerveau.

Dans une note récemment communiquée à la Société des Hôpitaux, M. le Dr Debove a fait connaître le résultat de ses recherches sur les altérations du tissu osseux, chez les hémiplegiques. Il a examiné, au microscope, la structure des os dans les membres frappés de paralysie et a constaté la raréfaction du tissu osseux, la diminution de poids, la dilatation du canal médullaire; les canaux de Havers atteignent le double ou le triple de leur valeur ordinaire. Des rondelles osseuses, polies sur la pierre ponce, offrent à l'œil nu une surface criblée de trous, surtout au voisinage de la moelle; en même temps l'analyse chimique montre la diminution de la proportion de matière osseuse, et l'augmentation des matières grasses. Ces altérations sont d'autant plus marquées que la paralysie est plus ancienne.

Ces recherches ne sont pas les premières faites sur cette question; en 1864, Bouchard a signalé, incidemment, la diminution de consistance de la diaphyse des os longs, chez une femme atteinte de ramollissement cérébral; Gillette et plus anciennement Malgaigne ont remarqué que ces altérations ne ralentissent pas, sensiblement, le travail de consolidation des fractures.

Des altérations du même genre se produisent, à coup sûr, dans le système osseux de la plupart des aliénés affectés de paralysie générale; elles ont surtout été étudiées dans les asiles anglais, et invoquées pour expliquer la fréquence des fractures de côtes chez un certain nombre d'aliénés. Cette facilité des fractures chez les aliénés paralytiques, en raison de l'altération du tissu osseux et de son peu de

résistance a été, aussi, plusieurs fois, signalée par des médecins aliénistes français et M. le Dr Biaute, notamment, a publié une observation de fracture de l'humérus produite dans ces conditions. Mais nous ne connaissons pas de travail spécialement entrepris dans le but de soumettre les os des aliénés paralytiques à l'examen microscopique et à l'analyse chimique. Les résultats obtenus, suivant l'âge des malades, la forme et l'ancienneté de la maladie nerveuse, la région du squelette examiné, comparés aux conditions constatées dans l'état normal ne pourraient manquer de présenter un réel intérêt, tant au point de vue théorique que sous le rapport de la pratique des asiles.

Une autre communication, également faite par M. Debove à la Société médicale des Hôpitaux (séance du 28 octobre 1884), offre un intérêt particulier pour les médecins aliénistes. Ces derniers avaient été, jusqu'à présent, seuls à pratiquer l'alimentation forcée, par le cathétérisme œsophagien, et par l'introduction directe d'aliments liquides ou pulpeux dans la cavité stomacale, à l'aide de la sonde. Les seuls malades auxquels on avait songé à pratiquer cette opération étaient des aliénés, ceux que l'on désigne sous le nom de sitio-phobes, parce qu'ils ne *veulent* pas manger. Mais voici que ce procédé d'alimentation forcée sort de la spécialisation étroite à laquelle il a été confiné jusqu'à ce jour, et est employé pour répondre à une indication autrement fréquente, celle de pourvoir à la nutrition des malades qui ne *peuvent* pas manger, par suite d'anorexie ou de dégoût de la nourriture. C'est chez un phthisique, parvenu au troisième degré, qui présentait une anorexie totale, et des vomissements répétés dès qu'il ingérait la plus petite quantité d'aliments, que M. Debove a eu l'idée d'introduire le tube œsophagien de Faucher, et d'injecter dans l'estomac un litre de lait; il ajouta progressivement des œufs et de la viande râpée; le tout fut parfaitement conservé et la digestion

s'opéra bien. Les vomissements ont disparu; la toux, les sueurs ont diminué, les lésions pulmonaires semblent s'amender et les forces reviennent; le malade engraisse de 100 gr. en moyenne par jour. D'autres phthisiques, n'ayant pas de vomissements, se sont également bien trouvés du même moyen.

Encouragé par ces résultats, M. Dujardin-Baumetz a expérimenté, dans son service, le traitement des phthisiques épuisés, par ce qu'il appelle le gavage méthodique. Il leur administre, par le tube de Faucher, de l'huile de foie de morue, de la peptone, des œufs, du lait, de la viande crue râpée; c'est, on le voit, exactement la même composition alimentaire que celle employée depuis longtemps pour les aliénés sitiophobes. Les résultats obtenus par lui ont été aussi favorables que ceux de M. Debove (Société de thérapeutique, 9 novembre 1884) : la digestion se fait bien, les forces reviennent; les malades engraissent en moyenne de 100 grammes par jour, et réclament eux-mêmes la continuation du traitement. Ces premiers essais si heureux se soutiendront-ils? Il serait sans doute prématuré de trop compter sur leur généralisation; déjà, M. Féréol a fait des réserves, disant que l'introduction du tube est parfois très difficile, et que tous les phthisiques n'ont pas, pour ce procédé, l'enthousiasme manifesté par les malades dont avait parlé M. Dujardin-Baumetz. Il convient donc d'attendre ce qu'il adviendra, en définitive, de cette nouvelle tentative thérapeutique; mais il n'en est pas moins intéressant pour les médecins aliénistes de voir l'extension donnée à une pratique qui leur avait été, jusqu'à présent, réservée d'une manière presque exclusive.

Voici encore un nouvel alcaloïde végétal qui paraît appelé à prendre rang parmi les médicaments qui ont pour action principale de produire le sommeil et de calmer le système nerveux. Sa découverte a été récemment annoncée à

la Société de biologie (29 octobre 1881) par M. le Dr Laborde. On l'extrait des eaux-mères dont on a retiré l'aconitine et on lui a donné le nom de napelline, d'après la plante qui fournit ces deux alcaloïdes, l'aconit napel. La napelline serait amorphe, très soluble dans l'eau, l'alcool et l'éther; son action physiologique ne commencerait à se manifester qu'à des doses beaucoup plus fortes que l'aconitine, ce qui rendrait son administration plus facile et plus sûre. Il produirait un sommeil profond et calme, analogue à celui que l'on obtient avec la narcéine, substance si difficile à se procurer. La napelline ne paraît encore avoir été essayée chez l'homme que par MM. Laborde et Dumont-Pallier, dans quelques cas de névralgie faciale, sciatique ou intercostale; elle aurait été administrée à la dose de trois centigrammes et aurait produit d'assez bons effets. Si ces résultats favorables sont confirmés, l'essai de ce médicament s'imposera aux médecins d'asiles comme moyen de procurer le calme et le sommeil aux aliénés agités.

A. F.

Pathologie

NOTE

SUR UNE

ALTÉRATION DU CERVEAU

CARACTÉRISÉE

PAR LA SÉPARATION DE LA SUBSTANCE GRISE
ET DE LA SUBSTANCE BLANCHE DES CIRCONVOLUTIONS

Par M. le Dr J. BAILLARGER

Membre de l'Académie de médecine.

On sait que les adhérences des méninges aux circonvolutions du cerveau sont l'une des lésions anatomiques les plus constantes de la paralysie générale.

Quand on essaie de détacher la pie-mère on entraîne avec elle une couche plus ou moins épaisse de substance grise, et on a alors sous les yeux des espèces d'ulcérations à fond inégal et comme mamelonné.

Un fait très remarquable et pour lequel on a proposé diverses explications, c'est que ces espèces d'ulcérations produites par l'enlèvement des membranes n'existent que sur le relief des circonvolutions.

On ne les voit *jamais* dans les anfractuosités.

L'altération qui fait l'objet de cette note est très différente et je ne puis mieux la faire connaître qu'en citant de courts extraits des observations que j'ai recueillies.

Voici comment cette altération est décrite dans la première observation.

« A la partie antérieure et supérieure, les membranes enlevèrent d'une seule pièce tout un groupe de circonvolutions qui s'était séparé nettement de la substance blanche. En examinant cette pièce par sa face interne, j'avais sous les yeux de véritables circonvolutions, mais dont le sommet était formé par le fond des anfractuosités. Ces circonvolutions renversées étaient, à leur sommet, lisses et d'un blanc bleudtre. »

Dans la seconde observation la lésion bornée au lobe postérieur offre les mêmes caractères : « En enlevant les membranes, on entraîne avec elles la couche corticale tout entière et on met à nu la substance blanche ferme, lisse, d'un beau blanc et offrant intacts les prolongements fibreux et les anfractuosités. On décortique ainsi toute la partie postérieure du lobe. La couche corticale qui reste adhérente à la membrane est extrêmement mince ; cependant elle conserve la forme des circonvolutions et apparaît comme une sorte de circonvolution renversée. On peut ensuite la réappliquer sur la substance blanche avec laquelle toute adhérence avait cessé. »

Dans le troisième fait, la lésion est simplement signalée : « Sur l'un des lobes postérieurs, la couche corticale s'enlève tout entière d'une seule pièce laissant à nu la substance blanche très ferme. »

Dans un quatrième cas que je n'ai fait qu'indiquer, l'altération n'était encore qu'à son premier degré. On voyait entre la substance grise et la substance blanche une ligne très nette et beaucoup plus marquée que dans l'état normal. L'enlèvement des membranes n'avait pas produit le décortication. La lésion commençante n'a donc été constatée dans ce cas que par l'examen direct et après l'incision des circonvolutions. Il a suffi alors de mettre la pièce sous l'eau pour rendre très évident l'isolement des deux substances.

Je dois d'ailleurs ajouter que dans les autres cas l'altéra-

tion n'existait pas partout au même degré. Quand la séparation est complète et que la couche corticale est très amincie, il y a entre elle et la substance blanche une véritable cavité; et si on met la pièce dans l'eau, la couche corticale est soulevée. Sur un autre point, la circonvolution paraît saine, et il y a simplement une ligne très marquée de séparation avec isolement des deux substances.

Cette lésion, quand elle est au premier degré, doit facilement passer inaperçue, mais elle paraît néanmoins être rare.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner qu'elle n'ait pas été mentionnée, même à titre d'exception, par les auteurs qui ont décrit les lésions anatomiques de la paralysie générale.

Je n'en ai trouvé aucun exemple dans le recueil d'observations de Parchappe, mais il y en a deux dans le traité des maladies inflammatoires du cerveau de M. Calmeil (1). La description de l'altération est si précise qu'aucun doute n'est possible.

« Lorsqu'on cherche à enlever la pie-mère sur toute la surface supérieure du lobule postérieur droit, dit M. Calmeil, la substance corticale de ce lobule se *sépare tout entière des saillies qui lui servent de supports et elle laisse alors à découvert une foule d'arêtes séparées par autant d'enfoncements* qui correspondent aux circonvolutions et aux anfractuosités de la substance blanche : *cette dernière substance est dure, amincie, difficile à diviser, tandis que l'élément cortical est mou, imprégné de sang, facile à écraser.* »

Les passages que j'ai soulignés sont, comme on le voit, très précis et il s'agit bien de la lésion dont j'avais publié un premier exemple en 1855.

(1) Ce n'est pas que Parchappe n'ait quelquefois vu les membranes adhérentes enlever la couche corticale dans toute son épaisseur, mais il ne donne aucuns détails. Quand la décortication se fait comme dans les cas indiqués ici, l'aspect de la lésion est si remarquable qu'il me semble difficile d'admettre que Parchappe n'en ait pas été frappé et qu'il ne l'eût pas décrite.

Quant à la seconde observation que j'ai trouvée dans l'ouvrage de M. Calmeil, la description de la lésion est moins complète, mais l'auteur emploie une expression qui ne laisse aucun doute.

« La pie-mère, dit-il, se brise sous les dents de la pince qui cherche à la saisir, elle est donc difficile à enlever.

» Elle a contracté des adhérences à gauche sur le côté de la scissure interlobaire et en avant ; là, la *substance corticale se sépare comme une virole de la substance blanche, de sorte qu'elle est détachée par l'inflammation des parties qu'elle est destinée à recouvrir.* »

L'expression de *virole*, employée par l'auteur, suffit pour ne laisser aucun doute sur l'identité de l'altération dans les deux cas.

Ces extraits suffisent pour bien faire comprendre en quoi consiste la lésion qui fait l'objet de cette note ; cette lésion, comme on l'a vu en effet, diffère complètement des adhérences ordinaires qu'on trouve dans la paralysie générale :

1^o Au lieu de n'enlever qu'une couche plus ou moins épaisse de substance grise, les membranes entraînent cette couche dans toute son épaisseur.

2^o Au lieu d'une espèce d'ulcération à fond inégal et comme mamelonné, on a sous les yeux, après l'enlèvement des membranes, la substance blanche ferme et lisse.

3^o Enfin, et c'est là le point le plus important, la décortication s'est faite aussi nettement dans le *fond des anfractuosités, là où il n'y a pas d'adhérences, que sur le relief des circonvolutions.*

Dans les adhérences ordinaires de la paralysie générale, les membranes n'enlèvent que la partie de substance grise, *sous-jacente à la partie adhérente* ; ici, elle entraîne *toute la circonvolution.*

Ce fait ne peut s'expliquer que par l'isolement complet des deux substances qui ne sont plus que juxtaposées. Alors l'adhérence sur le relief de la circonvolution suffit

pour entraîner cette circonvolution tout entière. On peut d'ailleurs, même avant l'enlèvement des membranes, sentir que l'écorce cérébrale est détachée de la partie sous-jacente; elle glisse en effet sur elle, ce qui prouve son isolement complet. C'est ce que M. Calmeil a très bien indiqué: « La substance corticale des deux lobes postérieurs a offert, dit-il, cette particularité qu'elle ne tenait plus par aucun lien à la charpente de la substance blanche qui lui sert de support. »

Quelle est la nature du travail pathologique qui s'opère ainsi lentement au point d'union des deux substances? Il me paraît difficile de répondre à cette question.

Cependant il importe sous ce rapport de faire ressortir quelques faits.

Sur les cinq observations qui ont servi de base à cette note, il y en a trois qui contiennent des détails précis sur la consistance des deux substances.

Or, dans les trois cas, la substance grise a été trouvée *molle* ou *très molle*.

La substance blanche au contraire *ferme* ou *très ferme*, ou même *très indurée*.

En même temps que l'une des substances se ramollit et que l'autre s'indure, toutes les deux s'atrophient.

N'est-il pas évident qu'il y a là des conditions très propres à faciliter l'isolement des deux substances?

On sait que sur le cerveau des aliénés paralytiques on peut très souvent, surtout sur les lobes antérieurs, en grattant ces lobes avec le dos d'un scalpel, enlever toute la substance grise sans entamer la substance blanche. Il m'est arrivé bien souvent de préparer ainsi des lobes antérieurs dépouillés de leur substance grise, mais qui conservaient intactes les crêtes de la substance blanche, et les anfractuosités qui les séparent. Il y a loin de là sans doute à l'isolement complet des deux substances, tel qu'il s'est présenté dans les observations citées plus haut; mais on

comprend néanmoins que ces faits méritent d'être rapprochés.

Il convient encore, pour essayer de faire comprendre l'altération que j'ai signalée, de rappeler quelques particularités se rapportant au mode d'union des deux substances.

Plusieurs anatomistes ont admis que la couche corticale n'était que juxtaposée sur la substance blanche (Reil, Tiedemann).

Ruisch a même prétendu qu'il avait pu, sur le cerveau d'un enfant, enlever toute la substance grise sans intéresser la substance blanche.

Cependant, s'il est vrai que des fibres blanches pénètrent dans l'épaisseur de la substance grise, il est certain que ce mode d'union n'existe plus au même degré dans le fond des anfractuosités. Il est facile, en effet, de constater que la ligne de démarcation y est beaucoup plus nette.

Sur le cerveau du mouton, on peut même dans le fond des anfractuosités séparer les deux substances sans rupture apparente.

Je crois encore devoir rappeler un fait qui pourra peut-être aider plus tard à éclairer la question.

On admet généralement que la substance corticale est composée de six couches alternativement blanches et grises; mais deux anatomistes, Foville père et Gratiolet, en ont décrit une septième. Cette couche, la plus interne, serait blanche. D'après Foville, elle suivrait en dedans les contours de la substance grise comme la pie-mère les suit en dehors.

Cette septième couche blanche envoie-t-elle des fibres dans la substance grise? Quel est son mode d'union avec la substance blanche? Quelles altérations subit-elle lorsque la séparation des deux substances se produit? Tous ces points ne pourront être éclairés que par de nouvelles recherches.

Dans la première observation que j'ai recueillie, la substance grise qui s'était séparée nettement de la substance blanche était, en effet, doublée d'une couche très mince de

substance blanche. Cette couche était lisse, polie et recevait de la substance grise sous-jacente un reflet bleuâtre. C'était évidemment la septième couche qu'ont admise Foville et Gratiolet et qui, pour eux, compléterait l'appareil de la substance corticale.

Dans les autres observations que j'ai recueillies et dans celles qu'on trouve dans l'ouvrage de Calmeil, on ne paraît pas avoir pensé à constater l'existence de cette couche blanche interne, il n'en est pas fait mention.

Quand de nouveaux cas se présenteront, il importerait de bien constater l'existence ou l'absence de cette couche et l'altération qu'elle a pu subir.

Il resterait à examiner si l'altération que j'ai décrite se traduit par quelques symptômes spéciaux, mais l'étude des observations offre sous ce rapport assez peu d'intérêt.

Dans tous les cas, les malades étaient atteints de paralysie générale et la seule particularité qu'il importe de noter, c'est que trois malades avaient eu une prédominance de la paralysie du côté opposé à l'altération. Chez un quatrième cette prédominance de la paralysie d'un côté du corps n'existait pas, mais l'altération avait été constatée sur les deux lobes postérieurs.

Dans le cinquième cas que je publie à la suite de cette note, l'altération existait sur l'un des lobes postérieurs, mais on a oublié d'indiquer lequel. La malade avait eu une contracture du bras et de la jambe gauche.

Tous les malades ont été atteints d'attaques épileptiformes, mais on sait combien cette complication est fréquente dans le cours de la paralysie générale.

Quant au siège de la lésion, on l'a observée trois fois sur les lobes postérieurs.

Dans un quatrième cas, elle occupait la partie antérieure et supérieure de l'hémisphère gauche.

Dans le cinquième, la décortication s'est faite à gauche sur le côté de la scissure interlobaire et en avant.

En résumé :

1° Dans quelques cas de paralysie générale, il s'opère entre la substance grise et la substance blanche une dissociation complète, les liens qui les unissent sont rompus; elles ne sont plus que juxtaposées. Une simple adhérence des membranes sur le sommet de la circonvolution suffit pour produire une véritable décortication qui se fait aussi nettement et même plus nettement dans le fond des anfractuosités, sur le relief des circonvolutions.

2° Dans les points où se rencontre l'altération, la substance blanche mise à nu est indurée, la substance grise enlevée est au contraire plus molle, les deux substances sont plus ou moins atrophiées.

3° Quand l'altération est au premier degré, elle doit passer souvent inaperçue. L'enlèvement des membranes ne la fait pas découvrir; elle ne peut alors être constatée que par l'examen direct ou en dirigeant un filet d'eau sur la ligne qui indique les limites de chacune des deux substances.

La première observation que j'ai publiée a été insérée dans les *Annales médico-psychologiques* de 1855.

La seconde a été publiée dans les *Archives cliniques* en 1864.

Je publie ici la troisième, que j'ai retrouvée dans mes notes.

PARALYSIE GÉNÉRALE.

Isolement complet des deux substances sur l'un des lobes postérieurs.

SOMMAIRE. — Quarante-deux ans, — Affaiblissement de la mémoire. — Embarras de la parole. — Faiblesse progressive des membres. Pendant les six derniers mois paralysie complète du bras droit. — Attaque convulsive, longue durée de la dernière période; mort après plus de trois ans. — Sur l'un des lobes postérieurs, séparation complète de la couche corticale et de la substance blanche.

La nommée Adèle, âgée de quarante-deux ans, arrêtée en état de vagabondage, a été conduite à la Salpêtrière le 12 juillet 1856. C'est une femme d'une taille assez élevée et d'une forte constitution. Son frère donne sur elle les renseignements suivants :

L'apparition des premiers symptômes remonte à un an ; à cette époque, on constata d'abord un affaiblissement graduel de la mémoire. La malade oubliait à chaque instant où elle plaçait les objets à son usage. Bientôt il lui arriva de se perdre dans les rues. Tout récemment elle a déménagé et, le lendemain, elle est retournée à son ancien logement, ayant oublié qu'elle en avait pris un nouveau.

Dernièrement, n'ayant plus conscience de ses actes, elle a suivi chez lui un homme qu'elle n'avait jamais vu. Il y a plus de six mois qu'on a remarqué de l'embarras dans la prononciation; point d'agitations ni de conceptions délirantes. Ce qui domine chez cette femme, c'est une sorte d'hébétéude.

Les causes de la maladie sont d'ailleurs inconnues; aucun parent n'a été atteint d'aliénation mentale : on croit qu'il n'y a eu jusqu'ici aucun désordre dans la menstruation.

A l'entrée à l'hospice, embarras très prononcé de la parole, signes évidents de démence; la physionomie a une expression de satisfaction.

Au bout de trois mois, les symptômes s'étaient déjà beau-

coup aggravés. Tremblement général des membres, démarche chancelante ; la malade est gâteuse.

Au mois de novembre 1837, la station est devenue impossible, la malade est forcée de garder le lit. La physionomie exprime le contentement, intelligence extrêmement affaiblie. Chose remarquable, la troisième période se prolongea presque une année, jusqu'au 21 septembre 1838. Cette femme passa par tous les degrés du marasme paralytique : contractures des membres inférieurs ; maigreur croissante ; eschares nombreuses précédées de bulles remplies de sérosité brune.

Nous ne trouvons dans cette année à signaler qu'une attaque convulsive qui eut lieu le 20 mai 1838 et qui dura plusieurs heures. Il est important aussi de noter que, depuis le mois de mars 1838, le bras droit était complètement paralysé.

AUTOPSIE. — L'arachnoïde viscérale est épaissie et opaque, la pie-mère est injectée et ses vaisseaux dilatés ; des adhérences existent dans beaucoup de points entre les membranes et la couche corticale. *Sur l'un des lobes postérieurs, la couche corticale s'enlève tout entière d'une seule pièce, laissant à nu la substance blanche très ferme. Les circonvolutions sont atrophées ; la substance grise amincie, molle et décolorée.*

La substance blanche contient beaucoup de vaisseaux, mais peu de sang. Ventricules extrêmement dilatés.

Les deux hémisphères pèsent 800 grammes ; le cervelet, la protubérance et le bulbe, 155 grammes ; sérosité, 240 grammes.

Un kyste bilobé existait à la surface du foie.

En dehors de la lésion anatomique qui fait l'objet de cette note, je crois devoir faire remarquer que cette observation est un exemple de *démence paralytique primitive et simple*, comme on en observe fréquemment, surtout chez les femmes.

La malade, pendant une année, n'a pas offert d'autres

symptômes que des signes de démence et de paralysie. L'absence de conception délirante, de toute exaltation, explique comment cette femme a pu rester libre pendant une année.

Je crois encore devoir faire remarquer que, chez une femme d'une taille élevée, le cerveau ne pesait que 800 grammes et qu'il y avait 240 grammes de sérosité, ce qui prouve que l'atrophie était très prononcée.

Ce degré si prononcé d'atrophie s'explique par la lenteur avec laquelle la maladie a parcouru ses périodes et, comme on l'a vu, cette femme a passé graduellement par tous les degrés du marasme paralytique.

NOTE
SUR
LA MEGALOMANIE

OU LYPÉMANIE PARTIELLE

AVEC PRÉDOMINANCE DU DÉLIRE DES GRANDEURS (1)

Par M. le Dr Ach. FOVILLE

Inspecteur général du service des aliénés.

Ayant l'honneur de parler quelques instants, devant le Congrès de Londres, d'une forme de maladie mentale dans laquelle prédominent les idées délirantes de richesses et de grandeurs, c'est, pour moi, un devoir agréable à remplir que de rappeler que la première description du délire orgueilleux est due à un médecin anglais. Plusieurs médecins de l'antiquité et du moyen âge avaient cité quelques observations individuelles de malades dont le délire était de nature ambitieuse, mais aucun n'avait donné une description théorique de ce genre de déviation intellectuelle, avant le Dr. Arnold dont l'ouvrage intitulé « Observations on the nature, causes, and prevention of insanity » a été publié à Londres, il y a juste un siècle, en 1782.

Arnold admet une espèce particulière de folie qu'il désigne sous le titre de *folie vaniteuse ou d'importance personnelle*. « Ceux qui en sont atteints, dit-il (t. 1^{er}, p. 171) ont une

(1) Lecture faite à la section de médecine mentale du Congrès international de Londres; août 1881.

opinion très exagérée de leur propre dignité, de leur importance, de leur fortune, de l'élégance et du prix de leurs vêtements, du charme de leur personne, de leurs manières, facultés, savoir, et de tous les avantages dont ils se figurent qu'ils sont doués. »

Malgré ce que cette description avait de véridique, elle paraît avoir peu frappé l'attention, et ce n'est qu'à l'époque de la découverte de la paralysie générale, de 1820 à 1825; que la valeur clinique du délire des grandeurs a pris, dans la pathologie mentale, une importance considérable. Celle-ci a été due, surtout, personne ne le méconnaît, aux travaux des médecins français formés à l'école d'Esquirol; aussi m'excusera-t-on, je l'espère, de faire surtout allusion à ces travaux.

Je dois, avant tout, mentionner la théorie absolue de Bayle qui n'hésitait pas à considérer le délire des grandeurs comme un caractère nécessaire et suffisant de la paralysie générale : nécessaire, car il existait, d'après lui, dans tous les cas de cette maladie; suffisant, car il n'existait dans aucune autre forme de folie.

Cette opinion fut immédiatement combattue, comme beaucoup trop absolue, par Georget et par Calmeil, et elle n'a jamais été complètement partagée par aucun médecin aliéniste. Tous reconnaissent la fréquence d'une certaine forme de folie ambitieuse dans la paralysie générale, mais tous s'accordent à déclarer : d'une part, qu'il y a des cas de paralysie générale sans délire ambitieux; d'autre part, qu'il y a des cas nombreux de folie étrangers à la paralysie générale où il existe du délire ambitieux.

La part relative à faire à chacun de ces groupes a été l'objet de nombreuses recherches, au premier rang desquelles il faut citer celles de MM. Baillargér, Jules Falret, Linas, et le sujet a paru assez important à l'Académie de médecine pour qu'en 1869 elle ait proposé, comme sujet du concours de Cuvrieux, la question suivante :

« Histoire-clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs. »

Je présentai pour ce concours un travail auquel l'Académie me fit l'honneur de décerner le prix.

C'est sur un point limité de ce travail, point à l'occasion duquel je crois avoir introduit dans la science quelques données nouvelles et originales, que je demande la permission de revenir brièvement aujourd'hui. Douze années écoulées depuis lors m'ont permis de me fortifier dans l'opinion que j'avais alors exprimée et de la compléter.

Le délire ambitieux, tout le monde le reconnaît, est très fréquent chez les aliénés; on peut même dire qu'il y a peu de formes d'aliénation mentale dans lesquelles on ne puisse le rencontrer d'une manière accessoire et secondaire.

Mais si, laissant de côté tous les cas dans lesquels il n'a pas de valeur spécifique, on se contente de prendre en considération ceux dans lesquels le délire ambitieux se présente avec une prédominance assez marquée pour imprimer à l'affection un caractère réellement pathognomonique, on constate que ces cas constituent deux groupes bien distincts : l'un appartient à la paralysie générale, l'autre au délire partiel, à ce que l'on appelait, il y a trente ou quarante ans, la monomanie.

Entre ces deux groupes, la distinction est ordinairement assez facile. Dans la paralysie générale, le délire ambitieux est diffus, mobile, incohérent, généralisé, absurde; dans le délire partiel, au contraire, il est fixe, précis, systématisé d'une manière logique et progressive. En un mot les caractères propres aux deux affections se retrouvent dans le délire de grandeurs qui prédomine dans chacune d'elles. MM. J. Falret et Delasiauve, entre autres, ont très nettement décrit les symptômes pathognomoniques de ces deux groupes, et indiqué les caractères auxquels on peut les distinguer l'un de l'autre.

Mais il ne suffit pas de reconnaître qu'un cas d'aliénation mentale, dans lequel prédominent les idées ambitieuses, appartient à la vaste classe des délires partiels ; pour connaître l'histoire complète de ce cas, et de ceux qui appartiennent à la même espèce nosologique, il faut parvenir à en préciser le point de départ, les causes, le mode d'évolution, les terminaisons. C'est seulement en réunissant toutes ces données que l'on peut se faire une idée exacte du délire partiel avec prédominance des idées de grandeurs et d'orgueil, auquel M. Dagonet a proposé de donner le nom de mégalomanie, qui, à mon avis, lui convient très bien, et que j'ai complètement adopté.

Au premier abord, on pourrait croire que les aliénés affectés de mégalomanie et ayant, comme l'avait déjà dit Arnold, une opinion très exagérée de leur rang, de leurs richesses, de leur pouvoir, devront se sentir très heureux, et jouir avec joie, de tous ces avantages imaginaires. Rien ne serait moins conforme à l'observation, et déjà depuis longtemps Calmeil a fait cette remarque fort juste : « L'on s'imagi-
» ne à tort que ces malades jouissent toujours d'un bon-
» heur parfait. Les souverains des Petites-Maisons déplorent
» parfois avec amertume l'injustice de leurs prétendus su-
» jets » (Dictionnaire en 30 volumes. art. *Monomanie*, t. XX, p. 139). C'était indiquer clairement que les idées de grandeurs peuvent se trouver mélangées à des idées mélancoliques.

J'ai reconnu, en recueillant d'une manière aussi détaillée que possible l'observation d'une assez grand nombre d'aliénés mégalomanes, que ce mélange, cette association d'idées ambitieuses et d'idées mélancoliques, loin d'être une coïncidence accidentelle et fortuite, est au contraire constante, et constitue une loi nosologique.

On sait que la forme la plus habituelle du délire partiel est celle que l'on désigne, aujourd'hui, sous le nom de délire des persécutions, et que ce genre de délire est

presque invariablement lié à des troubles sensoriels, plus particulièrement à des hallucinations de l'ouïe, qui tantôt précèdent et provoquent les conceptions délirantes, tantôt les suivent et en sont la conséquence. N'ayant pas le loisir de m'étendre avec détails sur ce sujet, je me contente de renvoyer aux travaux de MM. Morel, Jules Falret, Lasègue, Delasiauve, Legrand du Saule, etc.

Eh bien, que l'on interroge avec assez de patience les aliénés affectés de mégalomanie, et l'on manquera bien rarement, j'allais dire on ne manquera jamais, de découvrir chez eux, à côté de leurs idées d'ambition et d'orgueil, un véritable délire de persécutions accompagné d'hallucinations.

L'origine de la coexistence de ces troubles intellectuels, en apparence si différents, et leur mode d'association sont, le plus souvent, le résultat d'un travail mental fort intéressant à pénétrer et à suivre.

Prenons le cas le plus fréquent, celui d'un aliéné chronique dont la maladie a débuté par des hallucinations de l'ouïe et chez lequel ces hallucinations ont fait naître des idées de persécutions. Tout le monde connaît le mécanisme psychologique d'après lequel ces dernières ont été engendrées ; à force de rechercher la cause de phénomènes nouveaux pour lui, presque toujours pénibles, et lui paraissant échapper à toute explication naturelle, ce malade est arrivé à les attribuer à quelque influence puissante et mystérieuse, qu'il admet sans pouvoir la comprendre et qu'il décore d'un nom mystérieux lui-même : électricité, magnétisme, physique, police, ligue, société secrète, jésuites ou francs-maçons.

Le plus souvent les idées de persécutions s'arrêtent là, ou du moins, c'est sur ce thème que les malades brodent des variations plus ou moins compliquées, suivant leur degré de savoir ou d'imagination ; ils composent un roman dont ils restent le centre ou le héros, sans que

leur propre position sociale subisse à leurs yeux de modification appréciable, sans que leur personnalité en soit changée.

Mais parfois les choses ne s'arrêtent pas là, et le délire atteint, chez certains hallucinés persécutés, un degré de systématisation plus compliqué.

Ce n'est pas assez, pour eux, de s'être convaincus qu'ils sont traqués par des ennemis acharnés ; ils veulent aller plus loin et pénétrer la cause de cette persécution occulte ; ils se demandent quel ombrage ils peuvent porter à des personnages qui doivent être bien puissants, à en juger par les moyens d'action dont ils disposent.

Quel motif peut-on avoir de s'acharner ainsi sur eux, gens inconnus, d'une situation modeste ? Après de longues hésitations et d'incessantes recherches intérieures, ils finissent par entrevoir une solution à cet étrange problème. Est-il bien sûr qu'ils soient des personnages si peu importants ? Leur rang social est-il réellement si modeste ?

Une fois que les malades sont entrés dans cette voie, les incidents les plus futiles leur fournissent de nouvelles lumières et leur font enfin découvrir la vérité jusque-là cachée. Ils ne sont persécutés, par les puissants et les riches, que parce qu'ils devraient être, eux-mêmes, riches et puissants ; on tient à les tenir dans l'obscurité, parce qu'ils devraient briller au premier rang. D'odieux usurpateurs ont le plus grand intérêt à leur laisser ignorer leur véritable origine ; ils ne sont donc pas nés dans le rang obscur auquel ils semblent appartenir, ils appartiennent en réalité à une famille élevée, princière, le plus souvent royale ; c'est par l'effet de la plus infâme conspiration, d'une substitution criminelle effectuée au moment de leur naissance qu'ils sont privés de leur rang, de leur pouvoir, de leurs richesses.

Tel est, d'une manière générale, le mode d'avènement de ceux que Calmeil appelait, il y a déjà cinquante ans, les souverains des Petites-Maisons : se trompait-il en disant

qu'ils ne jouissent pas toujours d'un bonheur parfait, et est-il, en effet, beaucoup de situations moins faites pour rendre heureux que celle de souverain imaginaire, qui, au lieu de monter sur le trône, manque rarement d'aboutir au triste séjour d'un asile d'aliénés?

Le peu de temps dont je dispose m'oblige à réduire autant que possible cette description, et je ne puis citer les faits nombreux sur lesquels elle s'appuie; je tiens cependant à reproduire, au moins, le passage suivant, adressé en 1846, à M. Guizot, premier ministre, par un mégalomane type :

« J'ai été transféré dans la maison de Charenton, dit-il, à
 » l'occasion d'un mémoire dans lequel j'exprimais la con-
 » viction que je suis le fils de l'empereur Napoléon I^{er} et
 » de l'impératrice Marie-Louise, retenu en France, en 1814,
 » par des causes extraordinaires. Aujourd'hui, plus que
 » jamais, je crois à cette hypothèse sur mon origine, parce
 » qu'elle est la seule qui puisse m'expliquer les indignes
 » et incessantes persécutions dont le gouvernement du roi
 » des Français m'a environné depuis 1840. Elle seule peut
 » expliquer, aussi, pour quel motif le fils de l'empereur
 » Napoléon I^{er} et de l'impératrice Marie-Louise, dont l'exis-
 » tence fut reconnue sous le nom de duc de Parme, dans
 » les traités de 1814, a disparu tout d'un coup, substitué
 » par le duc de Reichstadt, dont le nom n'est compris
 » dans aucun traité. » Inutile d'ajouter que les prétendues
 persécutions de Louis-Philippe n'étaient autre chose que
 des hallucinations extrêmement variées et intenses.

Une page de ce genre, écrite par un malade intelligent et instruit, ne vaut-elle pas à elle seule une longue description théorique, et ne fait-elle pas comprendre à merveille l'enchaînement de recherches intellectuelles et de raisonnements délirants, par lequel un homme halluciné devient un aliéné persécuté et, ensuite, un délirant à idées systématisées de grandeurs? Ne montre-t-elle pas que ce

mégalomane, bien loin de trouver une occasion de joie et de bonheur, dans la naissance illustre dont il s'enorgueillit, est surtout profondément attristé et légitimement outré de voir ses droits méconnus et ses revendications les mieux fondées si cruellement repoussées par ses ennemis?

Et ce fait, avec ses origines et ses conséquences, est loin d'être isolé. Toutes les histoires de mégalomanes présentent des points de ressemblance intime; dans toutes celles qu'il m'a été donné d'étudier en détail, à une époque assez éloignée du début pour que la maladie fût arrivée à sa période d'état, et que le délire fût complètement organisé, j'ai trouvé la même combinaison d'hallucinations chroniques, d'idées invétérées de persécutions et de délire orgueilleux systématiquement organisé. A l'aide de ce triple ordre d'éléments délirants, les malades ne manquent jamais de se créer un roman pathologique qui varie naturellement d'intérêt, suivant leur degré d'intelligence, de culture et d'ingéniosité à inventer des péripéties nouvelles, mais où l'on retrouve presque infailliblement les mêmes traits principaux : substitution à la naissance, afin de servir des intérêts de famille et des haines politiques; jeunesse passée dans un milieu modeste ou obscur, premiers indices d'une origine illustre, période plus ou moins longue de recherches pour arriver à pénétrer le mystère, persécutions acharnées et occultes des adversaires; enfin, révélation, le plus souvent accidentelle, de la véritable naissance et efforts pour être mis en possession du rang, des honneurs, des richesses auxquels on a droit; mais, en même temps, recrudescence des persécutions et, ce qui met le comble à tout, accusation de folie et placement dans une maison de santé.

Il faut, je crois, considérer comme une cause prédisposante à ce genre de délire, le fait d'être enfant naturel. Les conditions de secret, d'incertitude, de souffrance morale auxquelles ces enfants sont souvent soumis, exercent leur

intelligence à des recherches relatives à leur naissance et peuvent préparer le terrain sur lequel se développe ultérieurement la mégalomanie. C'est ainsi que sur les douze observations rapportées dans mon premier travail, cinq étaient relatives à des enfants naturels, ce qui fait une proportion de presque moitié; depuis, sans tenir un compte exact des chiffres, j'ai continué à rencontrer une forte proportion de mégalomanes dont la naissance était illégitime.

Si je n'étais aussi pressé par le temps, je rapporterais ici des faits qui pourraient être en nombre considérable et qui, tous, viendraient à l'appui de ce qui précède.

J'en résumerai au moins quelques-uns en peu de mots.

M. L..., halluciné et persécuté depuis plus de vingt ans, sait fort bien qu'il n'est pas le fils d'un petit avocat de province; il a eu pour père Louis XVI, échappé à l'échafaud, et pour mère la reine Hortense; il porte sur le corps des fleurs de lis mêlées aux armes impériales. On veut le faire disparaître, alors qu'il pourrait, par son origine impériale et royale, concilier tous les partis politiques. Non contents de s'acharner à sa personne, ses ennemis veulent éteindre sa dynastie. Toutes les nuits il entend, au-dessus de lui, ses enfants que l'on martyrise dans le grenier de l'asile d'aliénés où il est gardé prisonnier d'État.

Mlle X..., fille naturelle d'origine espagole, a été, pendant de longues années, poursuivi par la police qui voulait la faire mourir par le poison, sans qu'elle pût deviner la cause de semblables persécutions. En 1856, à l'époque du Congrès de Paris, elle a fini par apprendre qu'elle était archiduchesse d'Autriche, et appelée à devenir reine souveraine d'Italie. Elle en est certaine, puisqu'elle a entendu et lu les délibérations du Congrès, dont les séances importantes se passaient dans une chambre contiguë de la sienne. Ses hautes destinées allaient s'accomplir lorsque l'ambition de Victor-Emmanuel a tout compromis. Au lieu

de la laisser monter sur le trône d'Italie, celui-ci la fait enfermer, à grand prix, dans une fausse maison de santé dont tout le personnel et tous les prétendus malades sont des agents de police déguisés. Mais cela ne peut pas toujours durer, et elle finira par monter sur le trône.

Mme Z..., après avoir été pendant plusieurs années en butte aux infamies de la ligue et de la propagande, a fini par découvrir qu'elle n'était pas la fille de l'honnête médecin de campagne chez lequel elle a été élevée. Ses ennemis ont assassiné cet excellent homme, afin de soustraire le coffret d'ébène dans lequel étaient renfermés les papiers et titres à l'aide desquels elle aurait pu établir, un jour, ses droits au trône d'Espagne. En effet, son véritable père est Don Carlos; elle professe pour lui la plus filiale admiration, et elle conserve une pieuse reconnaissance pour le médecin qui a été son père adoptif; mais elle n'a pas assez de haine pour les intrigants politiques qui la tiennent captive dans un asile afin de l'empêcher d'occuper le rang auquel elle a droit.

Le nommé B... simple paysan, devenu employé de commerce, a été forcé de voyager dans les pays lointains, et partout il a été l'objet de persécutions systématiques. Il le comprend, maintenant qu'il a découvert qu'il est le seul héritier de la famille des Plantagenet. C'est donc lui qui a seul droit au trône d'Angleterre et la reine Victoria devrait bien le lui céder. Au lieu de cela, on le persécute, on l'enferme en voulant le faire passer pour fou.

M. M..., enfant naturel d'origine anglaise, devenu un graveur du plus grand mérite, mène une existence misérable, parce qu'il ne voit partout qu'attaques indirectes ayant pour but de l'empêcher d'arriver aux grandes destinées auxquelles il est appelé. Il se crée une double personnalité imaginaire : comme artiste, il est fils de Raphaël; comme homme, il réunit les droits des Bourbons à ceux de Louis-Philippe. Dans les derniers mois d'une vie abrégée par le martyr moral et par la phthisie pulmonaire, il finit par

s'attribuer un rôle plus élevé. Il est Jésus-Christ lui-même, revenu sur la terre pour sauver le monde, et il s'applique à donner, jusqu'à sa mort, l'exemple de toutes les vertus.

Les détails que je viens de donner sur la pathogénie et sur les symptômes de la mégalomanie, quoique très écourtés, permettent, ce me semble, de bien apprécier sa nature et de déterminer sa place exacte dans le cadre des maladies mentales.

Il y a trente ou quarante ans, on n'hésitait pas à la considérer comme une espèce distincte de monomanie ; c'était la monomanie ambitieuse ou orgueilleuse.

Aujourd'hui il n'est plus permis de l'envisager de la même manière ; ce n'est pas une monomanie, car le délire est très complexe, très étendu ; ce n'est pas une vésanie distincte, une entité pathologique à part, car elle fait partie d'une autre maladie dont elle ne constitue qu'une phase, qu'un degré avancé d'évolution.

La mégalomanie appartient tout entière à l'histoire de la lypémanie partielle, avec prédominance d'hallucinations et d'idées de persécutions ; elle est le plus haut degré de systématisation délirante auquel parvienne le délire des persécutions.

Cette théorie nosologique, déjà indiquée en partie par Morel et nettement formulée par moi depuis douze ans, a été accueillie favorablement par la plupart des auteurs français qui, depuis cette époque, ont eu l'occasion de s'occuper du même sujet.

Les nouvelles observations que j'ai recueillies n'ont fait que la confirmer dans mon esprit, et si je me permets de la produire de nouveau, aujourd'hui, devant le Congrès international de Londres, c'est que je la considère comme réellement démontrée, et comme méritant d'entrer définitivement dans la science médico-psychologique.

ÉTUDE

SUR

LE NO-RESTRAINT

Par M. le D^r BÉCOULET

Directeur médecin de l'asile de Dôle (Jura)

L'illustre professeur Claude Bernard pensait que les fondements de la médecine doivent reposer sur des faits. On peut discuter longtemps sur les mots, mais les faits sont toujours les mêmes dans des circonstances données; c'est sur eux que s'édifie la vraie science médicale.

Dans cette étude sur le no-restraint, nous chercherons d'abord, d'après les faits cités par les auteurs, à nous faire une idée du no-restraint, nous discuterons les opinions de ces auteurs, puis nous ferons connaître notre avis basé sur nos propres observations.

Le 23 mars 1880, notre savant maître, M. le professeur agrégé Dagonet, est venu soulever à la Société médico-psychologique la question du no-restraint. Voici l'idée qu'il s'en fait : M. le docteur Conolly est venu cinquante ans après Pinel prêcher la même doctrine, mais il a accentué davantage la pensée de notre réformateur, il a décrété l'abolition de la camisole.

M. Dagonet trouve la doctrine de Conolly trop absolue :

« *ad summum quidquid venit, ad exitum prope est.* » Il cite des faits :

1° Un jeune homme, atteint d'impulsions homicides, a blessé grièvement au dehors une fille de mauvaise vie ; à l'asile, il sent ses impulsions approcher et demande lui-même l'emploi de la camisole.

2° Un épileptique est pris de délire furieux inconscient : sa langue est meurtrie, tuméfiée, il faut le nourrir à la sonde et le maintenir pendant trois jours, que dure sa fureur aveugle. Comment faire sans la camisole ? M. Dagonet partage l'avis de M. le Dr Pain (*Dict. Médecine pratique*, art. *Camisole*). C'est qu'il n'y a pas plus de no-restraint en Angleterre qu'en France. Les moyens de répression sont différents, mais on doit préférer la camisole, sagement employée, à l'usage de la cellule.

Le Dr Lauder Lindsay cite une foule d'asiles en Angleterre où la camisole a reconquis droit de cité.

M. Magnan cherche à se passer de la camisole. Depuis dix-huit mois, il accumule des faits. Il ne cite comme passible du restraint que les malades démesurément agités qui doivent être mis en cellules matelassées. Il se fait fort de nourrir à la sonde, de faire conserver les pansements sans camisole. Si un malade est nu dans sa cellule et couvert de ses excréments, les infirmiers ont ordre de le nettoyer et de le rhabiller. En somme, M. Magnan, comme nous le verrons plus tard est plus conolliste que Conolly, il supprime d'une manière absolue la camisole.

M. Bouchereau est moins affirmatif, il fait des essais, mais ne se croit pas dans le vrai absolu en cherchant la suppression de la camisole. Les aliénées suicides sont placées dans une même salle pendant la nuit et surveillées par deux veilleuses. Les furieuses maniaques ou épileptiques sont enfermées sans camisole dans des cellules capitonnées. Sur 75 agitées, un petit nombre est en cellules ou dans des cours isolées.

MM. les Drs Motet et Luys préfèrent l'application de la camisole à la lutte des malades contre les gardiens.

MM. Doutrebente et Mabilie pensent que la camisole est indispensable pour pratiquer le cathétérisme œsophagien et maintenir les pansements.

Dans un cas, M. Doutrebente n'a pu pratiquer l'alimentation forcée à l'aide d'infirmiers luttant contre le malade.

Dans un autre cas, M. Mabilie a dû employer la camisole pour maintenir un pansement à un malade qui s'était blessé en se pratiquant le décollement du cuir chevelu.

M. le Dr Voisin pense qu'on doit employer la camisole :

- 1° Dans l'agitation, les impulsions homicides, suicides.
- 2° Le maintien des pansements.
- 3° L'alimentation forcée.
- 4° L'onanisme.

Le maintien des malades par les infirmiers est la source de contusions. M. Voisin a vu, dans un asile anglais voué au no-restraint, un malade ficelé sur un lit au moyen de lanières. Ce malade avait déchiré ses vêtements et dilacéré la cellule capitonnée (il n'y avait pas de camisole à l'asile). Un malade trop surveillé a été pris d'un délire de persécution contre les gardiens.

Pour M. Voisin, le no-restraint semble aussi consister dans la suppression de la camisole.

MM. Falret et Motet croient qu'il faut restreindre le plus possible l'emploi de la camisole, mais qu'on ne peut la supprimer. M. Motet cite le fait d'un malade qui s'était fait au cou une large blessure, on lui ôte un instant la camisole, il en profite pour frotter sa plaie avec du sable.

M. Christian admire les bonnes intentions de Conolly, mais il ne veut pas oublier qu'en 1794, Pineau avait brisé en France ces chaînes honteuses que Conolly retrouvait en 1839 dans son asile d'Hanwell. Le no-restraint ne consiste que dans la suppression de la camisole et l'on n'y gagne rien, les fractures des côtes sont si fréquentes qu'on a pu

croire à un ramollissement de ces os dans les asiles à no-restraint.

M. Delasiauve considère aussi le no-restraint comme la suppression de la camisole et son remplacement par l'encellulement, la contention au moyen des infirmiers, le maillot et les vêtements spéciaux. Il demande des faits pour arriver à une conviction.

M. Lunier applaudit à cette discussion qui a pour but de chercher le meilleur moyen de contention. La camisole menacée est encore debout.

Après ce résumé de l'intéressante discussion de la Société médico-psychologique, nous nous sommes demandé en quoi le système de Pinel, en honneur, je pense, dans tous les asiles français, différerait de la doctrine de Conolly. Nous n'avons trouvé que ceci : suppression de la camisole égale no-restraint. Il est entendu que le maillot de bains, la douce cellule capitonnée, les bras des infirmiers sont des variétés de no-restraint ; mais si vous employez la camisole, résignez-vous à être regardé comme un adepte du restraint. Le no-restraint étant regardé par ses partisans comme un progrès, il en résulterait que les restraints ne seraient que des retardataires sur la route de la lumière. C'est un rôle que nous refusons tous à l'envie. Aussi les partisans de la camisole répondent-ils avec acharnement aux partisans de la cellule : En camisolant nous restreignons moins que vous ; nous ne gênons que l'usage de deux membres, tandis que vous ôtez à vos malades l'air, la lumière, le soleil, la société des humains ; restraints vous-mêmes ! Le conollisme n'est-il donc autre chose que le remplacement de la camisole par d'autres moyens de contrainte ? et tant d'éloquents orateurs n'ont-ils en vue que la lutte entre la camisole et la cellule dans leurs savantes discussions ? nous ne le croyons pas. L'idée de Conolly est plus profonde, sa doctrine n'est autre que celle de Pinel : remplacer la rigueur par des moyens humains et scientifi-

ques, perfectionner l'asile lui-même, perfectionner le service de surveillance surtout. Pour lui, la suppression de la camisole n'est qu'un accessoire. Du reste il ne la supprime pas d'une manière absolue, c'est par le côté moral qu'il faut juger son œuvre. Je rends toute justice à ses enseignements, ce que je leur dénie hautement, c'est la nouveauté. N'oublions jamais Pinel, le véritable réformateur ! Citons aussi avec M. Ach. Foville, Samuel Tuke qui, en 1794, introduisit à l'asile d'York les moyens de douceur.

Dans une brochure intitulée : *Du no-restraint* (Paris 1860), M. Morel explique avec un certain enthousiasme les idées de Conolly et cependant il refuse au new-system sa qualité de new.

« Tout ce que je puis accorder aux détracteurs du nouveau système, c'est que les principes d'humanité sur lesquels il se fonde ne sont pas nouveaux. »

Si l'on considère qu'en 1813, une enquête sur les asiles anglais y constata l'existence des chaînes et des mauvais traitements ; qu'en 1834, M. le Dr Ferrus vit à Bethlem et St-Luke des malades qui, enchaînés aux murailles, « passaient la journée fort symétriquement le long d'un mur » comme des arbustes dans un jardin potager », on ne sera pas étonné de voir Conolly, en 1839, prêcher à Hanwell une réforme radicale. Il ne faisait en cela qu'imiter l'exemple de Gardiner-Hill dont il avait étudié la méthode à Lincoln. Gardiner-Hill suivait la voie du no-restraint tracée par le Dr Charle Sworth. Ce serait donc à Charle Sworth que reviendrait l'idée du no-restraint en Angleterre.

En étudiant avec M. Morel la manière dont Conolly établit le no-restraint et les préceptes qu'il donne pour le conserver, nous nous ferons de cette méthode une idée plus parfaite que celle qui consisterait à regarder ce système comme la simple abolition d'une camisole.

Voici, d'après l'enquête opérée par les magistrats du Middlesex, la manière dont on traitait les aliénés en Angleterre :

« En 1839, au moment de l'apparition du no-restraint, » les inspecteurs avaient trouvé une quantité de malades » confinés dans d'étroites, sombres et malfaisantes cellules, » où ils étaient fixés à des anneaux rivés dans les murs. La » visite médicale n'avait lieu qu'une fois par mois dans ces » lieux de désolation, et chaque soir, à la brune, les malades » étaient empaquetés et garrottés dans les auges où ils » couchaient (*in their cribs*). Le dimanche, jour de repos » pour les gardiens, les malades ne sortaient pas de ces es- » pèces de mangeoires. Le lundi, jour de toilette générale, » on procédait à cette opération en réunissant les gâteaux dans » une cour et en les aspergeant au moyen d'une pompe. »

Avec un pareil régime, on devait nécessairement obtenir une agitation générale. Joignez à cela une nourriture grossière, insuffisante ; des haillons qui laissaient le corps deminu, des gardiens ignorants de leurs devoirs et en trop petit nombre, le défaut d'air, de lumière, on comprendra que dans de pareils établissements on ait pu trouver 600 instruments de contrainte pour 800 malades. Il s'agissait de supprimer ce « mechanical-restraint ». Pour y arriver, il fallait une révolution dans la direction matérielle et morale de l'établissement, c'est cette révolution qu'accomplit Conolly. L'asile aéré, transformé, les préaux sombres devenus de riants jardins d'agrément, une bonne nourriture, des vêtements, une literie confortables, voilà pour le physique. Au moral : choix d'un personnel de surveillance d'élite, qu'on rétribue largement, auquel on inculque des idées d'humanité, de douceur ; l'établissement et l'organisation du travail, la sortie au grand air même des malades qui ne travaillent pas, les récréations, le service religieux.

Ce changement à vue entraînait la disparition du mechanical-restraint. Il fut alors « formellement interdit d'em- » ployer le restraint ou la réclusion sans en prévenir immé- » diatement le médecin ». D'après Morel, pour maintenir le no-restraint, Conolly emploie les moyens suivants :

Les aliénés qui se déshabillent et déchirent. — On met un vêtement lacé par derrière, des bottines qui se ferment par une vis ou un bouton au-dessus des malléoles, des parements de cuir aux vêtements, des manches terminées en doigt de gant, unidigitaire.

Epileptiques. — On attachait les épileptiques par un bras dans leur lit. Conolly supprime ce restraint; lits peu élevés, matelas posés à terre pour amortir les chutes, lits à galeries matelassées.

Aliénés suicides. — Grande surveillance de jour et de nuit, éviter tout moyen de contrainte.

Aliénés furieux-agités. — Les laisser en liberté, convenablement surveillés. Morel cite plusieurs faits d'aliénés furieux, guéris comme par enchantement dès qu'on coupe leurs liens.

Aliénés évadeurs. — Morel cite un évadeur auquel on attachait un surveillant spécial et qu'on changeait d'occupations fréquemment.

Tous ces moyens nous semblent assez vagues, aussi Morel est-il forcé d'en venir à un chapitre topique, c'est celui-ci :

» Le maintien des agités par la main des infirmiers ne doit pas être posé en principe ». La citation suivante donnera une idée de ce que doit être le restraint dans le no-restraint.

« Si donc j'ai bien compris l'esprit du système de M. Conolly, je vais pouvoir en inférer qu'il ne faut en rien exagérer l'application des meilleurs procédés. Cet éminent praticien fait parfaitement la part de certaines difficultés imprévues et les conversations particulières que j'ai eu l'avantage d'avoir avec lui, me confirment dans l'opinion qu'il ne lui viendra jamais l'idée de blâmer les précautions prises dans les cas de légitime défense. On peut avoir à se préserver de la rage momentanée d'un furieux aux ten-

» dances homicides, ainsi que cela arrive parfois avec des
» aliénés épileptiques. J'ai dû, en ce qui me concerne per-
» sonnellement, fixer sur son lit un malade suicide qui s'é-
» tait fracturé les deux jambes et qui, malgré cette position
» critique, faisait les plus grands efforts pour se lever et
» défaire son pansement ; j'ai préféré dans ce cas, et les
» partisans les plus exclusifs du no-restraint ne sauraient
» m'en faire un reproche, maintenir ce malade en fixant
» mécaniquement ses bras et ses jambes plutôt que de le
» faire tenir par des infirmiers dont la seule présence
» l'exaspérait ; on cite encore des cas où des malades, dis-
» posés au suicide ou à l'homicide, ont prié instamment le
» médecin de leur faire appliquer la camisole pour sauver
» les autres de leur fureur et se préserver eux-mêmes de
» leurs propres atteintes. Je ne nie pas la possibilité de ces
» faits, mais de pareilles manifestations doivent être con-
» sidérées comme de très rares exceptions, et elles n'infir-
» ment pas une règle générale. »

En somme, Conolly avoue qu'il est besoin dans certains cas d'un peu de restraint, même dans le no-restraint, et que la camisole est préférable aux bras des infirmiers. Mais la partie importante de son restraint, c'est la séclusion.

L'attitude douce et modérée des surveillants, la rupture de liens ne suffisent pas toujours à guérir les furieux ; il est nécessaire parfois d'employer des moyens qui sortent de « l'ordre moral » (Morel). Le plus héroïque celui qui est réellement opposé à l'ancienne camisole, c'est la séclusion.

Elle doit, pour remplir son but, se faire selon certaines règles physiques et morales.

Au physique rien n'est facile et souriant comme cette séclusion. En Angleterre, elle existe pour tous les malades la nuit, puisqu'ils couchent chacun dans une chambre donnant sur de belles galeries, lesquelles aboutissent à des salons, lieux de réunion et de distraction.

Pour les bruyants et les furieux, les cellules sont garnies

d'une substance élastique qui amortit les coups et empêche les accidents.

Au moral, la séclusion ne doit être que momentanée; elle demande à être faite avec douceur, non comme punition, mais comme traitement. Avant la mise en cellule, le malade doit avoir pris de l'exercice pendant deux ou trois heures dans une cour isolée. On doit le surveiller une fois séquestré, l'adoucir par de bonnes paroles avant de se mettre en rapport avec lui, l'amener en cellule plutôt par la persuasion que par la force.

Rien n'est plus enviable et plus charmant que le système du no-restraint : tout obtenir au moyen du perfectionnement physique et moral de l'asile, remplacer la force par la douceur, la persuasion, une certaine attitude, un *je ne sais quoi* qui entraîne, domine l'aliéné. Mais l'inventeur du système reconnaît lui-même que dans des cas, rares à la vérité, la puissance morale ne suffit pas, et que le no-restraint doit alors céder le pas au restraint. Il cherche donc quelle est la meilleure méthode de restraint. Il préfère la camisole aux bras des infirmiers, mais il met surtout en honneur la séclusion.

D'après ce qui précède, on voit que pour Conolly, le no-restraint ne signifie pas simplement suppression de la camisole, mais :

1^o Mise en œuvre d'une foule de moyens de nature physique et morale;

2^o Préférence en général de la cellule à la camisole.

Dans ces conditions, je me déclare conolliste; mais il y a des médecins qui ont compris le no-restraint d'une autre façon; tels sont : Gardiner-Hill et M. Magnan, qui veulent la suppression absolue de la camisole. C'est contre cet invasion de l'absolu en médecine que protestent MM. Dagonet, Christian, Voisin, Lunier, Doutrebente, Mabilly, Luys, Delasiauve, Ach. Foville] et la plupart, je pense, des aliénistes français.

Je désire maintenant étudier certains cas où la camisole ne peut pas être remplacée par la cellule.

Nous allons faire une revue des aliénés difficiles, dangereux et comparer la méthode du no-restraint employée envers eux avec celle des asiles français.

4^o ALIÉNÉS QUI SE DÉSHABILLENT ET DÉCHIRENT.

Le no-restraint emploie des vêtements fermés en arrière, des souliers vissés au-dessus des malléoles. Pour ceux qui déchirent, des manches terminées en doigt de gant unidigitaire. Tout cela se rapproche terriblement du restraint; mais il faut avouer que cela ne réussit pas toujours, pas plus que la camisole, du reste. Les désordonnés sont en général des maniaques aigus ou chroniques, ou bien des déments et déments paralytiques.

Dans la manie aiguë ou dans les accès d'exaspération de la manie chronique, les bains, les calmants peuvent être utiles pour traiter la maladie générale et son symptôme le plus désagréable, la destruction; c'est la nuit surtout que le malade fait des dévastations.

Un de nos aliénés, le nommé J. E...., atteint de manie périodique, fait une guerre perpétuelle à sa literie des qu'il est pris d'un accès aigu; il a la manie de la destruction, il passe sa journée au bain et dans le préau; la nuit, on le met en cellule où il brise tout ce qu'il peut trouver; on a soin de ne lui donner que le plus indispensable parmi la literie: 3 et 4 grammes de chloral ne lui produisent presque aucun effet. Si on lui met la camisole, il l'use contre le mur et l'ôte facilement en un quart d'heure ou une demi-heure. La douche le réjouit particulièrement, il aime à en recevoir le jet dans la bouche et à lancer l'eau à la méthode des poissons renommés pour ce talent. Quand l'accès est passé, E... devient un de nos meilleurs travailleurs, gai, robuste et doux.

Les déments déchirent par un besoin instinctif de mouvement. On peut les empêcher de détruire des objets de valeur en mettant à leur portée des chiffons.

Les déments paralytiques déchirent instinctivement comme les déments ou pour occuper leur activité comme les maniaques, quelquefois pour ces deux raisons.

Une femme paralytique, la nommée B..., met en pièces tout ce qui lui tombe sous la main ; elle dit que l'asile reçoit pour elle des sommes assez importantes pour payer. Comme elle est toujours en mouvement, taquine les autres malades dont elle reçoit des coups, on est obligé de lui mettre la camisole à la manière du no-restraint sans attacher les terminaisons *en doigt de gant unidigitaire*. On est de plus contraint de la tenir au fauteuil au moment des services, des repas par exemple, car elle jette tous les mets à terre. Le raisonnement a peu de prise sur elle, car elle répond toujours en plaisantant, ne dit que des choses souvent trop gracieuses, offre des millions à ceux qui la réprimandent. Pour elle, une cellule serait un bien de temps en temps, nous en aurons plus tard à Saint-Ylie. Dans les premiers temps de son séjour à l'asile, B... avait tellement remué dans sa camisole, qu'il était survenu un abcès du coude sans importance. C'est le seul accident produit par la camisole que j'aie observé depuis sept ans que je suis à Dôle. Cet accident n'est pas possible en laissant les bras pendre librement ou très largement fixés.

Dans cette première catégorie d'aliénés difficiles, je ne vois pas la différence si considérable qui sépare le no-restraint de notre pratique ; je crois que le no-restraint n'a fait ici que s'inspirer des meilleures méthodes françaises.

2^e ÉPILEPTIQUES.

Dans le no-restraint, on les laisse libres la nuit ; il en est de même partout en France où l'on emploie aussi les lits à galerie. Quant aux matelas à terre entre deux

lits pour empêcher les malades de se blesser en tombant de leur lit, c'est un moyen dangereux. Le malade en tombant peut se trouver la bouche et le nez enfoncés dans le matelas et s'asphyxier d'autant plus facilement que le surveillant n'aura pas entendu le bruit de la chute.

Encore ici, pas de différence entre le no-restraint et nous.

3^e ALIÉNÉS SUICIDES.

Le no-restraint recommande d'éviter les moyens de contrainte et de surveiller avec soin jour et nuit. M. Morel dit avoir trouvé à Saint-Yon tout établie la méthode recommandée par M. Bouchereau, c'est-à-dire de réunir tous les aliénés suicides en surveillance continue. Mais il ne veut pas que ces aliénés soient réunis pendant la journée, attendu qu'ils influent l'un sur l'autre par la tristesse de leur délire. J'ajouterai ceci : réunir des malades d'espèces différentes, des épileptiques, des hystériques, des lypémaniques simples, des déments paralytiques, me parait en contradiction avec les principes de classification méthodique des aliénés dans nos asiles.

Surveiller et laisser libre, tel est le no-restraint au point de vue des aliénés suicides. Je vais démontrer par des faits que cette méthode est vague et insuffisante.

Le nommé R.... Félicien, épileptique, âgé de 31 ans, a fait, depuis 1879, plus de 10 tentatives de suicide. Voici son procédé : il ramasse du verre ou détruit un bouton d'habit dont il aiguise un morceau, cache cette arme n'importe où, dans un livre, un journal, son lit, le lit d'un autre, la cour, le dortoir, puis, le moment venu, se fait des entailles aux bras. Plusieurs fois je lui ai appliqué le no-restraint, mais il a failli deux fois mourir la nuit d'hémorrhagie, je me suis décidé à le camisolier. Tant qu'il est sous l'empire de ses impulsions suicides, il ne se plaint pas de la camisole ; mais dès qu'il se sent l'esprit libre, il me supplie de le débarrasser, car, dit-il : « J'étais fou, mais main-

tenant je n'ai plus rien. » Au mois d'août 1880, il a avalé une sonde œsophagienne que j'ai été obligé d'aller chercher dans le fond du pharynx. Au mois de décembre, il s'est enfoncé une aiguille dans la cuisse. Depuis l'année 1881, il est calme et libre. Sans la camisole, il serait parvenu à se suicider, la *surveillance* ne suffisait pas.

La nommée Ch..., hystérique lypémanique, placée pour la deuxième fois en 1876, a fait chez elle des tentatives de suicide, s'est jetée dans un puits. Difficile, fantasque, incohérente, déchireuse, brisant les vitres, telle elle était dans les premières années. Depuis deux ans, devient violente, déchire tout ce qu'elle rencontre, puis tourne sa fureur contre elle-même, se mord jusqu'à emporter des lambeaux de chair, et se mangerait jusqu'aux os, si on ne la maintenait sur un fauteuil et si on ne garnissait de cuir ses vêtements. Malgré nos nombreux essais pour la mettre en liberté, on n'y est pas encore parvenu. Les surveillantes qui la promènent de temps en temps ont beaucoup de mal à se défendre de ses morsures. Elle ne prononce pas une parole sinon qu'il faut qu'elle souffre. On ne pourrait la laisser libre même en cellule.

La nommée O..., démente, incohérente, à l'asile depuis octobre 1867, est prise, en 1880, d'impulsions à se mutiler et à se blesser. Le 26 juin, on la surprend dans les lieux se frappant à coups redoublés la figure et les mains avec son sabot. Il en résulte une plaie contuse du sommet du crâne, dont toute la table externe tombe nécrosée sur un espace de quatre centimètres, les pansements ne sont maintenus que grâce à la camisole.

Au mois d'août, on s'aperçoit d'un abcès à la région occipitale, on retire de cet abcès une foule de morceaux de bois.

Dès qu'on laisse libre la malade, elle s'enfoncé plusieurs morceaux de bois dans la cuisse. Dernièrement, elle est parvenue à se mordre le bras gauche jusqu'au sang, même

avec la camisole. Encore un cas où le raisonnement et la surveillance sont impuissants. Comment, malgré toute la surveillance possible, empêcher un malade de se mordre cruellement ? Quant au raisonnement, elle ne répond que d'une manière tout à fait incohérente.

Nous pourrions citer des cas nombreux où des malades, qui ont dû subir la camisole, ont guéri, tandis que, sans ce moyen, le résultat eût pu être funeste. En voici un des plus remarquables :

M^{me} S... (Adèle), née S..., 30 ans. Lypémanie, guérison.

M^{me} S..., âgée de 37 ans, lypémanique, brise un jour un thermomètre dont elle cherche à avaler le contenu ; elle avale tous les objets qu'elle peut saisir ; enfin, elle monte sur son lit et se précipite la tête en avant, se brise les os du nez, on la fixe au fauteuil. Elle sort guérie le 17 mars 1879.

Ne nous payons donc pas de mots vagues comme : *surveillance continue*, *liberté absolue*. La surveillance peut être mise en défaut par certains aliénés. Les médecins eux-mêmes peuvent se tromper sur le plus ou moins de danger qu'offrent certains malades. On en voit la preuve à chaque instant. Toutes les fois qu'un médecin ou un infirmier est blessé, c'est que la surveillance est en défaut, celle des médecins comme celle des surveillants. Si le médecin prévoyait que tel malade est capable de tel acte, il n'exposerait pas son personnel ou lui-même à un danger certain. La vie d'un infirmier, d'un interne ou d'un médecin vaut bien la peine qu'on prenne certaines précautions à l'égard de ceux qui la menacent. Or, si le surveillant, le médecin lui-même peuvent se tromper, qu'on cesse de nous parler du mot surveillance simple comme le *nec plus ultra* du progrès. La surveillance ne peut être simple sous peine de ne constater que des faits accomplis. La surveillance intelligente consiste à prévenir ces faits fâcheux par des moyens efficaces. Les moyens de contrainte ne doivent, bien en-

tendu, être employés qu'avec l'assentiment du médecin, ceci est élémentaire et se trouve dans tous les règlements; mais la camisole mise, la surveillance n'est pas quitte, elle doit au contraire redoubler pour éviter les inconvénients inhérents à tous les moyens de contrainte : camisole ou cellule. M. Morel semble attribuer au no-restraint cette pensée : c'est que la camisole produit des idées de suicide, produit l'agitation, etc..... On croirait lire M. Raspail qui voyait partout l'action délétère du mercure. Eh, bien ! il m'est arrivé malheureusement dans ma carrière d'aliéniste de constater plusieurs suicides et même d'assister à l'un d'eux. Dans aucun des cas présents à ma mémoire, je n'ai reconnu la culpabilité de la camisole.

J'ai vu dans un asile une femme se précipiter du haut d'un toit et tomber brisée presque à mes pieds. C'était une lypémaniaque, suicide en surveillance à l'infirmerie qui s'était faufilée avec d'autres malades qui montaient au grenier. Je ne sais pas qu'elle ait jamais eu la camisole. M. le docteur Delaporte pourrait l'affirmer.

Dans le même asile, un forgeron halluciné, alcoolisé, fabrique un petit couteau à la forge et se poignarde pendant la nuit; le veilleur ne s'en aperçut qu'en voyant couler le sang sous le lit, le malade put être sauvé.

Cet homme n'avait jamais eu la camisole.

Un dément-paralytique se relève la nuit, et va saisir à la gorge un malade qui crie; il lui brise le larynx et le tue. Depuis longtemps ce paralytique n'était plus camisolé.

Une dame, qui a déjà fait plusieurs tentatives de suicide, entre à l'asile où on ne juge pas à propos de lui mettre la camisole. Elle est d'abord très anxieuse, mais, au bout de quelques jours, elle prétexte une indisposition et reste tranquille au lit. Elle couchait à côté de la surveillante. Dans la nuit, elle se déchire l'avant-bras avec des ciseaux qu'elle était parvenue à cacher. Cette dame n'avait jamais eu la camisole.

Un malade lypémanique, qui avait déjà fait plusieurs tentatives de suicide, demandait sa sortie depuis quelques jours et paraissait anxieux. Il s'offre cependant à faire une corvée et porte des aliments à l'infirmerie au premier étage. On venait d'ouvrir une fenêtre pour aérer dans un corridor ; il court rapide, se jette la tête la première et se brise le crâne. Cet homme n'avait jamais eu la camisole. A l'autopsie, on trouva les signes d'une méningite chronique, épaississement, opacité, injection, léger œdème des membranes.

Je trouvai pareille lésion chez un malheureux maniaque chronique qui, poursuivi pendant une évasion, se noya dans une mare. Jamais ce malade n'avait eu la camisole.

Il en est de même pour l'agitation, on ne met la camisole que pendant la période de fureur. Il est certain que si on la laissait indéfiniment ou que si on la mettait à un malade calme, on arriverait à perpétuer ou à produire l'agitation ; mais je ne sache pas qu'il existe un seul établissement qui en use de la sorte. Ma conclusion est celle-ci : des aliénés se seraient suicidés sans la camisole, qui ont guéri avec cet auxiliaire. La camisole sagement ordonnée ne produit ni les idées de suicide, ni l'agitation.

40 AGITÉS FURIEUX.

Le no-restraint recommande la patience, la surveillance et la liberté des mouvements ; enfin la séclusion polie et moralisatrice.

Rien de mieux pour les maniaques simples ; la fureur, cette « colère de la manie » (Esquirol), n'est pas dangereuse chez le maniaque, et l'on peut se promener impunément au milieu des maniaques simples les plus extravagants ; mais la fureur n'est pas l'apanage unique des maniaques.

M. Morel me semble, d'après Conolly, s'occuper beaucoup trop de cette catégorie qui, à mon avis, est la plus innocente des furieux, et délaisser sans raison les épileptiques,

les hystériques, les déments paralytiques et même les idiots, les hallucinés, les délirants par persécution, les héréditaires impulsifs, les alcooliques. J'ai cité le fait d'une hystérique qui se mord et mord ceux qui l'approchent.

Voici l'observation d'un épileptique avec impulsions subites et des plus dangereuses; elle a été résumée par M. le Dr Garnier, médecin adjoint à l'asile de Dôle :

V..., 31 ans, très vigoureux, épileptique depuis 15 ans, se jette à chaque instant sur les infirmières, frappe avec des instruments, des pierres, des verres, des morceaux de fer; a frappé à tour de bras avec une bouteille un malade à table. Entraves en permanence.

Un autre épileptique, M..., 24 ans, vigoureux, tourne autour de sa victime comme un animal féroce, puis frappe tout à coup; il brise une vitre, frappe avec un morceau de verre qu'il prend à pleines mains..., a blessé plusieurs surveillants et notamment fendu les deux paupières à l'un d'eux.

Voici maintenant un héréditaire instinctif, atteint du délire des persécutions (résumé par M. le Dr Garnier).

Le nommé R... (Camille), 38 ans, père et mère adonnés à l'ivrognerie, a toujours été extravagant et fait lui-même des excès de boisson, se plaint d'avoir été volé et frustré dans un héritage par sa tante et le notaire Bailly; entré le 10 novembre 1874. Avant son entrée à l'asile a été deux fois à Bicêtre. Tentatives de meurtre et d'incendie, s'évade le 9 janvier 1875. Réintégré le 43.

19 janvier. — Menace M. le Directeur de lui faire sortir les tripes du ventre; s'était procuré un revolver dans son évasion.

16 avril 1875. — Tentative infructueuse d'évasion. En cellule, crie la nuit, a des hallucinations, voit le surveillant déguisé en jésuite; ourdit des complots, ramasse des cailloux sur lesquels il aiguisé des morceaux de fer qu'il réussit à emmancher, déchire ses draps pour en faire des cordes;

évasion le 10 octobre 1876; réintégré le 5 février 1877. A l'aide d'une cuillère arrangée avec art, ouvre les fenêtres, dévisse les portes, met en lambeaux camisole et ceinture, défait le parquet de sa cellule, y pratique une cachette que l'on trouve remplie d'instruments de sa fabrication et de pierres lui servant à les aiguïser.

6 décembre 1877. — Tentative d'évasion avortée, s'arrache le lambeau nasal d'une plaie qui lui avait été faite au nez par son voisin de bain, descelle un barreau de son lit de fer pour s'en faire une arme.

Mars 1878. — A l'aide d'un clou approprié, scie un panneau de la porte de sa cellule. — Nouvelle tentative d'évasion malgré les entraves.

Mai 1878. — Se précipite sur un gardien après avoir brisé une vitre pour se faire une arme avec les morceaux, fait des cachettes qu'il masque avec du mortier composé avec son pain, menace le surveillant de mort en lui disant : « Brigand, si je trouve l'occasion de te f..... un bon coup, « ce sera le bon. » En cellule, on cimente cette dernière et on mure la porte extérieure attendu qu'il coupe les portes de chêne les plus dures.

V... se précipite et frappe sans prévenir, il ne sait pas plus modérer ses coups que les éléments déchainés. Je ne lui mets que des entraves qui ne le gênent que pour faire des actes nuisibles, mais lui permettent très bien de circuler sans aucune douleur. Dans l'intervalle de ses crises, on use envers ce malade de la plus grande douceur; mais au moment de sa fureur, on est obligé de le mettre en cellule, ce qu'on fait du reste avec toutes les précautions possibles. Ce qui le rend surtout dangereux, c'est qu'il est très vigoureux et que, lorsqu'il engage un combat, d'autres malades vont pour le soutenir, ce qui organise une véritable révolte qui deux fois s'est produite en pleine visite. Je puis affirmer par expérience que dans ce cas la douceur, même unie à la fermeté, ne préserverait pas des coups et ne

suffirait pas à rétablir l'ordre. Il faut à tout prix éviter ces scènes, les prévenir par des précautions comme celles que nous prenons.

M... n'éprouve ses accès de fureur que par intervalles ; aussi ne lui met-on la ceinture que pendant ces moments.

R... est dangereux à tous moments ; on n'est pas sûr de le garder même en cellule. On lui met simplement des entraves qu'il coupe à chaque instant. Il ne sort que gardé à vue. J'ai essayé avec lui tous les moyens de persuasion, mais il m'a trompé si souvent qu'actuellement il n'y cherche plus ; il m'a déclaré formellement la guerre. Il est bien entendu que je cherche sans cesse à combattre ses idées délirantes et à le faire revenir à de meilleurs sentiments. Je n'ai abandonné en rien le traitement moral.

Il est encore d'autres agités qui, sans faire courir des dangers réels, sont passibles du restraints, tel est le cas du nommé V..., âgé de 61 ans. A l'asile depuis 1864, ce malheureux est atteint de folie à double forme, il a des périodes très tranchées de dépression, puis de calme avec travail, docilité, puis enfin d'agitation ; il est actuellement dans une période d'agitation qui dure depuis plus d'un an.

Dernièrement j'ai fait l'expérience suivante : je l'ai fait détacher de son fauteuil et l'ai mis en liberté dans un couloir devant les cellules. V... s'est immédiatement déshabillé, roulé sur la dalle. On lui a fait remettre ses vêtements qui ont été ôtés en un instant ; gestes les plus extravagants, cris, menaces, on le laisse un jour ainsi ; on a assez à faire de s'occuper de le rapprocher et de le rhabiller. Le deuxième jour, V... fait des évacuations copieuses le long du couloir, puis s'occupe à s'en barbouiller et à en enduire les murs, les portes des cellules. Les surveillants le nettoient, le rhabillent à neuf ; mais cette manœuvre prend leurs instants, de sorte que les autres malades manquent d'une surveillance complète. Du reste l'infection est telle dans le quartier que tout le monde en souffre. Le

pauvre V... est réintégré sans amélioration sur son fauteuil.

Rien n'est plus vite dit que ceci : Quand un malade se sera sali, vous le nettoierez; pour le nettoyer à chaque moment, il faudrait des surveillants constamment libres. S'il y a trois surveillants pour 45 malades, que deux soient occupés une partie de leur temps à nettoyer un seul aliéné, que deviendront les autres malades avec un seul surveillant! N'y aura-t-il pas à craindre des accidents, des rixes, des évasions, etc.?

Nous voyons que dans tous ces cas, la cellule seule ne suffisant pas, le fauteuil et la camisole ou les entraves et la ceinture ne sont pas de trop.

50 ALIÉNÉS ÉVADEURS.

Le no-restraint prescrit une surveillance spéciale, c'est aussi l'opinion de M. Lunier, inspecteur général, qui admet des quartiers spéciaux d'évadeurs. Tout le monde est d'accord à ce sujet. Quant au malade dont parle M. Morel et qu'on distrait de ses idées d'évasion en attachant à sa personne un surveillant spécial qui ne le quittait jamais, c'est un procédé bien difficile à réaliser à Dôle, où je possède 56 évadeurs ayant pratiqué plusieurs évasions ou cherchant sans cesse à s'évader.

Comme type d'évadeurs je citerai :

Ch..., 27 ans, dément, maniaque, incohérent, a menacé de tuer son père, s'est évadé cinq fois de l'asile, saute sur les murs devant les surveillants, a mordu un malade au bain en lui enlevant une partie du nez.

Il est évident qu'un service de surveillance bien organisé est la meilleure sauvegarde contre les évasions; mais quand les évadeurs sont des gens dangereux comme R... ou Ch..., on doit remplir son devoir envers la société en la protégeant efficacement. Le restraint n'est plus facultatif, c'est un devoir qui s'impose.

M. Morel dans son travail sur le no-restraint ne nous dit pas quelle méthode est celle de Conolly :

1^o Pour maintenir les pansements.

2^o Pour alimenter à la sonde.

3^o Pour prévenir l'onanisme.

M. Voisin pense que pour maintenir les pansements, la camisole est encore le meilleur moyen. M. Magnan se fait fort de les maintenir sans camisole : nous attendons qu'il publie son moyen pour l'essayer et le juger. Jusque-là, nous nous rangerons à l'opinion de M. Voisin.

M. Magnan fait maintenir ses malades par des surveillants pour pratiquer l'alimentation forcée. Je suis plus no-restraint que M. Magnan ; je mets mes malades difficiles dans une baignoire à couvercle pleine ou vide et de cette manière j'opère seul, au besoin. Je n'ai jamais eu d'insuccès. Si je suis obligé d'alimenter en dehors des heures où la salle de bains est habitée, je n'hésite pas à passer momentanément la camisole et à fixer le malade sur un lit. Comme l'opération ne dure pas plus de cinq minutes, mon mechanical restraint est bien excusable.

Les malades sitiophobes sont du reste bien différents : les uns sont des lypémaniques déprimés qui manquent de la force de volonté nécessaire pour s'alimenter eux-mêmes ; j'en ai vu se plaindre cruellement de la faim, ils disent que tout est bouché, qu'ils ne peuvent rien avaler et sont très heureux de se présenter à la sonde.

D'autres ne mangent pas parce qu'ils entendent une voix du ciel ou qu'ils doivent s'offrir en holocauste : tel était l'état d'un digne prêtre arrivé à l'asile avec des symptômes très inquiétants et dont la guérison a été aussi rapide qu'inespérée au premier abord.

M. J..., âgé de 37 ans, prêtre, se croyait roi depuis plusieurs années. Agitation. Voyages ; voulait se faire sacrer ; entré en décembre 1878 ; se livre à des actes violents, veut commander, frappe. On le met aux agités avec la camisole,

le délire change. M. J... veut s'immoler pour l'amour infini qu'il nous porte, Jésus-Christ le lui en donne l'ordre direct. Il refuse de manger, on l'alimente 8 à 10 jours à la sonde, après un jeûne de plusieurs jours. — Traitement moral. Tout à coup, M. J... annonce sa guérison, il se met au travail et sort guéri le 22 août 1879.

Chez ce malade, le traitement a consisté en purgatifs légers, grands bains; les calmants n'ont pas été acceptés.

Le traitement moral a joué le rôle principal.

M. J... se couchait sur un banc au moment de la visite en tournant son dos du côté où nous allions passer, il se plaçait même de telle manière qu'il cachait sa tête dans ses bras et faisait proéminer la région fessière; cette attitude n'était autre chose qu'un signe de mépris. Le directeur-médecin lui a fait plusieurs fois remarquer avec douceur l'inconvenance de cette posture, mais ses observations n'étaient acceptées qu'avec dédain, ou bien M. J... prenait un air menaçant; il fut alors envoyé aux agités et c'est là que se développa la crise aiguë à laquelle il dut sa guérison. Ajoutons que, le soir de son arrivée, M. J... fut revêtu de la camisole et que lendemain sa fureur était tout à fait tombée.

Il nous reste à examiner si la camisole n'est pas le seul moyen à opposer aux onanistes. Dans le cas d'onanisme, je crois que la camisole, comme tous les autres moyens, du reste, peuvent échouer. Elle peut réussir chez les déments, les déments paralytiques; mais chez les malades jeunes, atteints de manie, les bains, le bromure de potassium seront préférables pour atténuer le spasme des organes. La surveillance étroite, les effets du sentiment de la honte chez ceux qui sont encore capables de le ressentir, tels sont encore les moyens à employer.

On réservera la camisole pour les malades complètement insensibles au traitement moral.

Je crois avoir prouvé par ce travail que le no-restraint consiste dans une doctrine complète, morale et physique.

Au moral, c'est le système de perfectionnement adapté à l'asile lui-même et aux rapports entre le personnel et les malades.

Au physique, c'est en principe l'abolition des moyens de contrainte et la préférence donnée à la cellule sur la camisole.

Nous sommes partisan déclaré du programme moral qui n'est autre chose que celui de Pinel, mais plus accentué. Il est bien entendu, comme le dit Morel, que la réforme de Pinel renfermait dans son sein tous les perfectionnements qui devaient venir plus tard.

Quant au programme physique, nous faisons des réserves plus nombreuses que Conolly, nous croyons que les cas où la camisole doit être employée sont plus fréquents que ne le pensent certains partisans du no-restraint. La différence des races doit être pour beaucoup dans le degré de danger ou de turbulence que présentent les aliénés. La présence ou l'absence des épileptiques fait aussi singulièrement varier le nombre des aliénés dangereux dans un asile. Or, nous avons vu que, dans les asiles publics anglais, on ne trouve presque pas d'épileptiques et que le caractère anglais est plus calme et se prête plus facilement à la discipline que celui des Français. Il y a une cause qui peut encore faire varier le nombre des aliénés dangereux : Quand un asile dessert un seul département il n'a à soigner que les aliénés dangereux de son département ; tandis qu'un asile situé au milieu de départements qui n'ont pas d'asile, est sûr de récolter tous les aliénés dangereux des départements voisins, c'est ce qui arrive à l'asile de Dôle, où nous possédons aujourd'hui sur une population totale de 638 malades :

Epileptiques, 64.

Aliénés dangereux, 102 dont 16 épileptiques.

Ces aliénés dangereux ont tous commis ou tenté de commettre des meurtres, des incendies, des vols.

Evadeurs, 56.

La différence des races exerce une influence telle que, pendant la visite que je faisais dans le charmant asile de Bassens, comme je m'extasiais sur le peu d'élévation des murs et sur la facilité des évasions, on me répondit : Mais à Bassens il n'y a jamais de tentatives d'évasion. Heureux asile ! A Dôle nous possédons 56 évadeurs ayant fait des tentatives d'évasion ou s'étant évadés une ou plusieurs fois.

Par ces raisons je comprends que certains observateurs puissent, dans certains milieux, se contenter de moyens qui seraient insuffisants ailleurs.

Malgré mon admiration pour les principes du no-restraint, je trouve que les moyens qu'il conseille pour remplacer la camisole sont trop vagues ou dans certains cas illusoires ; un seul est topique, la séclusion.

Ici, je ne cacherai pas mon entière approbation pour les asiles anglais, ces longues galeries avec des chambres pour chaque malade ! au devant un préau avec jardin ; à l'extrémité, un salon avec livres, journaux, distractions. Voilà le type d'un hôtel confortable. J'avoue que si j'étais aliéné, c'est dans un asile de ce genre que je voudrais être placé.

Le système des dortoirs est plus économique, c'est là ce qui l'a fait préférer au système de Pinel et d'Esquirol qui avaient adopté la cellule ou plutôt la chambre isolée pour habitation de nuit. Cette chambre entraîne plus de frais de construction, plus de frais de surveillance ; elle est plus difficile à nettoyer et à aérer qu'un dortoir ; voilà ce qui la fait rejeter par les administrations qui trouvent déjà bien lourde la charge des aliénés indigents. Mais que d'avantages ! Le malade dort paisiblement, il n'est pas tenu en émoi par la crainte qu'un malade se lève et le frappe, car il faut reconnaître que dans les dortoirs il arrive quelquefois des accidents.

A l'asile d'A... un malade se relève pendant la nuit et brise son vase de nuit sur la figure d'un gardien qui dormait tranquillement.

J'ai cité le fait de ce paralytique qui se relève la nuit et va briser le larynx d'un malheureux agité qui criait sans cesse. Or, il faut dire que l'agité avait la camisole; « l'asile où ce fait s'est passé était à cette époque dépourvu de cellules. » Rien n'est plus dangereux que de coucher dans la même chambre des malades camisolés et d'autres qui ne le sont pas. Je suis partisan de la cellule même et surtout pour les camisolés. Un malade camisolé doit être isolé autant que possible. Je sais que les asiles en général ne sont pas construits d'après le principe de l'isolement.

Quand un malade est en cellule, la surveillance n'est pas interrompue pour cela; au contraire, les cellules devraient être construites de telle sorte que la surveillance puisse s'y exercer facilement et même continuellement.

Les cellules capitonnées ne me déplaisent pas, à condition qu'elles puissent résister aux malades destructeurs et qu'elles ne soient pas constamment en réparation.

Pinel cite des cas de guérisons obtenues au moyen de l'effet moral produit par la camisole; je vais rapporter une observation où l'encellulement a amené la chute de l'agitation d'une manière bien nette.

Le nommé B..., 28 ans, grand, très vigoureux, entré à l'asile le 4 décembre 1878. Douleurs rhumatismales disparues, subitement remplacées par de la céphalalgie et des actes de violence; chagrins domestiques; à l'asile, actes violents, désordonnés, crache à la figure des assistants; pneumonie; tartre stibé. L'agitation persiste pendant 7 mois malgré tous les traitements. Injections hypodermiques, bains, douches, chloral, tartre stibé, etc. Enfin B... devient tellement taquin, agressif, que, pour éviter un accident, on le met en cellule; dans sa cellule, la conscience de ses actes lui revient et en deux jours on remarque une amélioration qui ne se dément pas jusqu'à la guérison, août 1879.

4 août. — S'agit de nouveau, mais à un moindre degré.

18 août. — Calme, répond sensément aux questions. On lui annonce la mort de son père, il en témoigne un vif regret.

Sort guéri le 22 août 1879.

J'ai, je crois, cité suffisamment de faits pour avoir le droit de dire qu'il y a beaucoup d'asiles où le no-restraint est impossible, faute de cellules. Mais alors, eu égard aux dangers que présentent certains malades, pourrait-on, en modifiant la construction des asiles, se passer de la camisole ou du fauteuil? Tant qu'il y aura des malades comme Ch... et O... qui cherchent à se dévorer vivantes, je ne croirai pas la chose possible. Et les pansements à conserver! M. Morel cite le cas d'un malade qui s'était brisé les deux jambes et qu'il a été obligé de fixer au lit parce qu'il bouleversait ses appareils.

Voici deux observations analogues (résumées par M. le Dr Garnier).

Le nommé L... Jean-François, épileptique depuis l'âge de 19 ans, est entré à l'asile le 27 décembre 1870 pour la troisième fois, atteint de manie. Tendances agressives dangereuses.

Le 30 novembre 1880, étant au chauffoir à St-Yllie, il se casse les deux os de la jambe dans une attaque. La réduction opérée, on lui applique un bandage de Scultet et on le surveille étroitement. Malgré cette surveillance, sous l'influence de crises qui troublent son esprit, L... défait son appareil, se relève la nuit et marche avec sa jambe fracturée. On le ramène à Dôle; l'appareil est refait, on le consolide. Sous l'influence d'un nouveau vertige, L... saute de nouveau à bas de son lit au risque des accidents les plus graves du côté de la fracture. En présence d'une excitation pareille, L... est camisolé et fixé sur son lit à l'aide de draps qui lui maintiennent les jambes et les cuisses. Malgré le bromure et ces moyens de contention, L... toujours troublé, défait ses liens, retire sa jambe sous lui. Il est pris d'une pneu-

monie très grave dont il guérit et qui est venue nous aider à assurer son maintien au lit. Au commencement d'avril L... se servait de sa jambe sans claudication, lorsque, dans une nouvelle crise, il s'est cassé la même jambe au tiers inférieur. Cette fracture, heureusement moins grave que la première, le tient au lit actuellement, mais les moyens de contention assureront encore une fois sa guérison.

Je ne me figure pas bien comment, sans aucun appareil, on empêchera un épileptique comme L... d'avoir des vertiges et de sauter vivement de son lit sur sa jambe cassée.

Voici un autre cas :

Le nommé D... (Constant), dément paralytique, entre à l'asile le 1^{er} décembre 1879. Agé de 56 ans, il est ataxique depuis dix ans et atteint d'amaurose. Halluciné, très mal-propre, gâtant la nuit et le jour.

Le 13 novembre, D... se brise la jambe droite vers la partie inférieure en se mettant à genoux pour faire sa prière. La fracture est comminutive, le chevauchement est considérable, on lui applique un appareil ouaté et silicaté et la jambe est suspendue au moyen d'une planchette. Ce malade est dans un état d'agitation continuelle, entretenue par ses hallucinations : il se figure qu'on lui chatouille la plante des pieds, aussi retire-t-il sa jambe de la planchette. Son indocilité oblige à supprimer l'appareil et à employer la camisole.

D... succombe le 30 décembre 1880, par suite d'épuisement nerveux. A l'autopsie, on trouve un cal organisé malgré le chevauchement des fragments.

Ce malheureux halluciné, dément ataxique, aveugle, n'ayant pas la conscience de sa blessure, cherchant à se défendre contre ses hallucinations, comment le maintenir par l'effet moral pur ?

Tous ces faits, mes confrères plus âgés les ont observés comme moi. Or, si les symptômes de la folie sont toujours

les mêmes, il est à présumer qu'un peu de restraint sera toujours nécessaire. Nous rejetterons la camisole comme on a rejeté les chaînes, les bracelets de fer, etc..., mais qu'on nous donne un appareil meilleur. Jusqu'ici, je ne vois que des mots assez vagues contre les manifestations les plus terribles de la folie : suicide, homicide, fureur, évasion. Cependant le mot surveillance, qui revient sans cesse, contient en lui-même, je crois, toute la doctrine de Conolly et doit nous arrêter encore quelques instants. Oui, donnez-nous de bons surveillants et les moyens de contrainte diminueront en même temps que les guérisons seront plus fréquentes. Le service de surveillance, l'esprit dont il est animé, voilà le levier du médecin. Après avoir perfectionné les asiles dans une large mesure, il reste, il faut le dire, à perfectionner le service de surveillance.

Qu'y a-t-il à faire pour cela ? Voici ce que je propose : Donner au chef de surveillance une importance plus considérable, exiger une instruction, une éducation et une moralité suffisantes, lui donner des appointements qui lui permettent pour ainsi dire de prendre rang dans la société et lui donner la plus grande responsabilité dans les évènements.

Relever de même la position des surveillants et pouvoir les recruter comme on recrute la gendarmerie, exiger d'eux la connaissance d'un livre théorique à leur usage, de même aussi qu'un stage de six mois au moins avant de les admettre définitivement comme surveillants dans les cadres, leur assurer des retraites. La difficulté sera toujours de conserver le personnel et ce qui crée cette difficulté, c'est le mariage. Or, dans les asiles, la présence de surveillants doit être continue, elle est plus importante encore peut-être la nuit que le jour. De plus, les ménages à proximité de l'asile font naître des discussions qui entraînent des inimitiés et produisent le mauvais accord dans le service. Pour mettre ordre à tout cela, on établirait que les surveil-

lants mariés, sauf le surveillant-chef bien entendu, devraient avoir leur ménage à une distance d'au moins cinq kilomètres de l'asile. Il serait bon de réunir les surveillants, de leur faire des conférences, d'associer leur intelligence et leur cœur à l'œuvre d'humanité qu'ils servent.

CONCLUSIONS.

La séparation entre les restraints et les no-restraints me paraît je ne dirai pas offensante mais puérile, parce qu'au fond elle n'existe pas. De même que Pinel est notre maître, de même aussi tous les aliénistes seront conollistes avec Conolly mais non avec Gardiner-Hill et M. Magnan, qui ont le tort de substituer l'absolu au relatif dans une cause où jamais le relatif n'a été plus nécessaire.

Archives cliniques

64

ASILE SAINTE-ANNE. — SERVICE DE M. DAGONET.
M. PHILIPPE REY, INTERNE DU SERVICE.

Tumeur du cerveau avec aliénation mentale.

SOMMAIRE. — Homme. — Chute sur la tête. — Accidents cérébraux six ans après. — Vertiges. — Hémiplegie droite. — Cécité. — Surdité. — Accès d'agitation. — Délire de persécution. — Hallucinations de l'ouïe. — Démence probable. — Mort dans le coma. — Autopsie : ostéo-périostite suppurée du crâne. — Tumeur du cerveau.

Petit (Alphonse), 23 ans, ouvrier chaisier, entre à l'asile Sainte-Anne, dans le service de M. le Dr Dagonet, le 7 avril 1873.

Les certificats de la préfecture de police et du bureau d'admission, qui accompagnent le malade, sont ainsi conçus :

4 avril. — *Démence, accidents cérébraux datant d'un an, cécité, surdité, paralysie incomplète, accès épileptiques, ce malade, etc.*

Dr LASÈQUE.

5 avril. — *Affaiblissement des facultés mentales, avec excitation passagère et insomnie, cécité et surdité.*

Dr MAGNAN.

Le certificat de quinzaine de M. le Dr Dagonet porte :

18 avril. — *Démence paralytique caractérisée par un grand affaiblissement des facultés, des hallucinations, de la surdité, une cécité complète et des accès d'agitation.*

Le père du malade nous fournit les renseignements suivants : aucun antécédent héréditaire ni maladie antérieure grave ; conduite régulière. A l'âge de 17 ans, Petit fit une chute sur la tête qui le laissa un moment étourdi, mais qui n'eut pas d'autres suites immédiates. Pendant la guerre de 1870, il servit comme mobile, et souffrit beaucoup du froid. C'est après la campagne qu'il commença à se plaindre de violents maux de tête ; puis survinrent des vertiges et successivement la paralysie du bras et de la jambe, à droite, l'affaiblissement et bientôt la perte complète de la vue, enfin la surdité. Dès le début de ces accidents, qui remonte à un peu plus d'une année, on avait remarqué un gonflement limité du cuir chevelu, à la partie postérieure de la tête. Un traitement par l'iodure de potassium et par l'électricité a été suivi, à domicile, sans aucun résultat. En même temps, le caractère du jeune homme avait changé ; il était devenu irritable, méchant : enfin, les troubles intellectuels furent tels qu'on dut songer à son placement dans un asile d'aliénés.

A l'examen du malade, nous constatons une hémiplegie droite incomplète, avec obtusion notable de la sensibilité ; une amaurose double, de la surdité. A la partie médiane et un peu postérieure de la tête, on trouve une saillie du cuir chevelu, peu étendue, assez mal limitée, dépressible et élastique au centre où la pression détermine de la douleur.

L'examen ophtalmoscopique nous montre l'atrophie des deux papilles. Notons encore une inégalité pupillaire, et une notable saillie des globes oculaires.

Petit est habituellement calme, silencieux, immobile sur sa chaise ; il porte toujours la tête en arrière et enfoncée dans les épaules. Le moindre contact le tire de cet état de stupeur apparente ; il demande ce qu'on lui veut, dit qu'on lui fait des misères... mais souvent, spontanément, sans provocation, il fait entendre les mêmes plaintes : il semble

répondre à des interlocuteurs invisibles, leur dit « laissez-moi tranquille, » il leur adresse des injures grossières ; il tient des propos incohérents, et s'égare quelquefois dans la salle, se heurtant à tous les obstacles. La nuit, il dort peu : nous l'avons toujours vu couché sur le ventre. Les fonctions digestives se font bien.

Le malade passe ainsi plusieurs mois, présentant des alternatives de calme et d'agitation, sans changement dans l'état physique.

Vers la fin de février 1874, nous notons un écoulement par le nez, goutte à goutte, d'une sérosité très limpide. Les douleurs de tête semblent plus vives ; le malade s'affaiblit.

Au 29 mars, la sérosité qui s'écoule du nez est sanieuse ; le malade est alité : il demande souvent à boire, le pouls est fréquent ; la peau est chaude, aucun signe d'affection thoracique ou abdominale.

Mort le 16 avril, après plusieurs jours d'un état comateux. On n'a observé aucun phénomène convulsif.

AUTOPSIE faite le 18 avril. — Une incision faite au niveau du gonflement observé pendant la vie, nous montre un amas de matière semi-fluide, jaunâtre, mêlée de pus ; elle est en partie entraînée avec le tégument. Au-dessous, vers le tiers postérieur de la courbe bipariétale, l'os est injecté dans une étendue de quatre centimètres environ, et d'apparence spongieuse : un fragment s'en détache, en enlevant la calotte crânienne ; ce fragment représente une tumeur osseuse, grosse comme une noisette, rougeâtre, implantée sur la dure-mère. Cette membrane étant incisée, nous voyons qu'elle recouvre une tumeur volumineuse à laquelle elle adhère dans un point correspondant au fragment osseux, et dans une assez grande étendue autour de ce point : elle en est facilement détachée.

Cette tumeur repose sur la région pariéto-occipitale des deux hémisphères, beaucoup plus sur l'hémisphère gauche

où elle s'est creusé une loge assez profonde ; elle ne présente aucune adhérence avec la substance cérébrale, qui est un peu ramollie, superficiellement, dans toute la partie comprimée.

Cette tumeur du volume des deux poings, et pesant 350 grammes, est arrondie, sa surface est lisse ; elle est facilement entamée par le couteau ; la surface de section est d'un blanc jaunâtre : il ne s'en écoule pas de liquide. Bien que, par un accident très regrettable, l'examen histologique de cette tumeur n'ait pu être fait, les caractères précédents nous paraissent désigner une variété de sarcome.

Le reste de l'encéphale ne présente rien de particulier.

Nous trouvons sous les lobes frontaux une couche de sérosité sanguinolente, plus abondante sur la lame criblée de l'ethmoïde : pas de lésions des parties voisines.

Rien à signaler vers les organes thoraciques et abdominaux.

Remarques. — Nous ne connaissons pas de fait analogue, au point de vue anatomo-pathologique, à celui que nous venons de décrire. La coexistence de l'ostéo-périostite suppurée de la voûte crânienne avec cette tumeur du cerveau, n'est-elle qu'une simple coïncidence ? doit-on leur assigner la même origine, le traumatisme ? ou bien la tumeur préexistante, le malade était-il sujet à des vertiges, dont l'un aurait déterminé cette chute grave sur la tête ? C'est là une question d'étiologie qu'il nous paraît bien difficile d'éclaircir.

La syphilis pourrait être invoquée, si nous n'avions pour l'éliminer, l'absence de tout antécédent de cette nature et l'insuccès du traitement spécifique. Quoi qu'il en soit, les accidents observés chez notre malade sont évidemment dus à la compression exercée par la tumeur sur l'encéphale, tumeur dont nous avons tout d'abord soupçonné l'existence.

A ce sujet, nous nous sommes livré à quelques recherches bibliographiques et nous avons lu un assez grand nombre de faits où la présence d'une tumeur intracrânienne n'avait donné lieu à aucun trouble intellectuel ; nous avons vu que l'état mental qui a été le plus fréquemment observé, est l'état d'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, sans conception délirante, et que l'état de folie proprement dite est relativement beaucoup plus rare. Berthier cite quelques exemples de ce dernier cas ; Sabatié, sur 55 observations, ne signale que trois fois des troubles intellectuels, excitation, délire, hallucinations (1) ; Ball et Krishaber (art. CERVEAU, *Dict. de Dechambre*) ne relèvent que dix cas d'aliénation mentale sur 274 observations de tumeurs cérébrales et se demandent s'il ne s'agit pas, en pareil cas, d'une simple coïncidence plutôt que d'un véritable rapport de cause à effet.

Chez notre malade, nous avons vu un état maniaque, le délire de persécution, les hallucinations de l'ouïe suivre de près l'apparition des accidents cérébraux ; de plus, nous avons souvent noté un rapport évident entre le degré d'agitation, l'intensité des manifestations délirantes et l'état de souffrance du malade. En l'absence de tout antécédent héréditaire, nous pensons que l'aliénation mentale a eu pour cause unique cette énorme production hétéromorphe du cerveau et peut-être, pour une part, la lésion de la boîte crânienne.

(1) P. Berthier, *Des névroses diathésiques*. — Sabatié, *Des tumeurs des méninges encéphaliques*, thèse de Paris, 1873.

65

ASILE DE BONNEVAL. — M. LE D^r CORTYL, MÉDECIN-DIRECTEUR.

Observation recueillie par M. le D^r L. GAMUSET.

Un cas de dédoublement de la personnalité. — Période amnésique d'une année chez un jeune homme hystérique.

Il s'agit d'un jeune homme atteint d'hystéro-épilepsie, qui perdit complètement le souvenir d'une année de son existence. Cette longue période d'amnésie débuta par une attaque d'hystéro-épilepsie en mai 1879 et se termina par une attaque de même nature d'une violence et d'une durée remarquables en avril 1880.

Voici l'observation avec tous les détails que nous avons pu nous procurer. Elle a été prise à l'asile des aliénés de Bonneval, dans le service de M. le D^r Cortyl, directeur médecin de cet établissement :

V.... (Louis), 47 ans, fils d'une fille mère adonnée à un dévergondage notoire — ceci dit en vue de l'hérédité — et d'un père inconnu, se mit, dès qu'il put marcher, à errer et à mendier par les chemins. Plus tard, il vola et finit par être arrêté et envoyé à la colonie pénitentiaire de Saint-Urbain pour y être maintenu jusqu'à ce qu'il ait atteint sa dix-huitième année.

A Saint-Urbain, il travailla d'abord à la culture de la terre, puis il tomba malade et une ordonnance administrative prescrivit son transfert à l'asile de Bonneval.

V... arrive à l'asile le 23 mars 1880. Son bulletin de santé de Saint-Urbain porte : « Accidents de nature épileptique datant du mois de mai 1879, paraissant par accès » périodiques de plus en plus graves. — En plus, paralysie » des membres inférieurs avec incontinence d'urine et de » matière fécale. — Intelligence intacte. »

Ce malade est un jeune garçon de dix-sept ans de petite taille, mais aux muscles bien développés, sauf ceux des membres inférieurs qui sont atrophiés, à cause de la paralysie ancienne de ces membres. Il a la physionomie ouverte et sympathique, ses traits sont fortement caractérisés et il n'a rien de féminin dans l'aspect. Son caractère est doux, il se montre reconnaissant des soins qu'on a pour lui, sans exagérer cependant son sentiment de reconnaissance.

Nous appuyons à dessein sur le caractère de V..., car nous verrons plus tard ce caractère se modifier complètement. Pour une raison analogue, nous sommes obligé de raconter avec détails ce que le malade nous dit de son histoire et ce que nous lui voyons faire journellement sous nos yeux, parce que c'est justement le moment actuel de son existence dont il va perdre le souvenir d'une façon absolue.

Dans une observation analogue bien connue, celle de Fidelia X..., M. Azam a, le premier, employé les heureuses expressions d'état prime et d'état seconde pour désigner les deux façons d'être de sa malade. Nous l'imiterons et nous dirons de suite qu'en ce moment V... est en état seconde.

En discutant l'observation, nous établirons à la fin les caractères distinctifs des deux états chez notre sujet.

V... est donc un jeune homme paraplégique, mais, contrairement à ce que dit son bulletin de santé, la vessie et le rectum ne participent pas à la paralysie de la partie inférieure du corps. Ce symptôme a disparu. Il est signalé comme convulsif; mais, pendant les deux premiers mois de son séjour à l'asile, nous ne constatons pas d'attaque. Son caractère n'est pas du tout le caractère ordinaire des épileptiques, enfin il n'a pas non plus l'apparence efféminée des hommes hystériques. C'est cependant de cette dernière maladie qu'il est atteint.

V... nous conte son histoire; ses souvenirs sont parfaits;

il nous dit son enfance, pendant laquelle sa mère ne s'occupait guère de lui; sa vie d'alors; enfin ses vols. Mais à ce souvenir il est honteux. Il s'excuse d'avoir volé, il s'en prend à son abandon, à ses camarades qui l'entraînaient au mal. Il regrette fort ce passé et affirme qu'à l'avenir il sera toujours honnête. — A Saint-Urbain, il travaillait à la terre. Son genre de vie ne lui déplaisait pas; il était gai. Un jour qu'il était occupé dans une vigne, il prit à pleine main un serpent caché dans un fagot de sarments. Le serpent se sauva sans le mordre, mais il eut une frayeur extrême, et le soir, rentré à la colonie, il perdit connaissance. Revenu à lui, on lui dit qu'il avait eu une crise de nerfs; ces crises se renouvelèrent de temps en temps. Et puis les jambes s'affaiblirent et il en arriva à ne plus pouvoir marcher du tout. Il passa alors sa vie sur son lit, s'ennuyant beaucoup; aussi fut-il très content d'être envoyé à Bonneval.

Il se rappelle le nom des chevaux qu'il soignait quand il travaillait aux champs. Il décrit la colonie de Saint-Urbain et veut écrire à un de ses anciens camarades.

On voit combien notre malade a tous ses souvenirs présents; et cependant il est en état seconde. Cet état a commencé à Saint-Urbain au moment même de la première crise.

Nous nous entretenons souvent avec notre malade qui nous intéresse. Il nous parle de son voyage de Saint-Urbain à Bonneval. Il a traversé Paris et il nous donne des détails sur ce voyage qui a fortement frappé son imagination. C'était la première fois qu'il voyait la grande ville. Il rappelle aux personnes qui l'ont accompagné ce qu'il a vu : les magasins, les lumières du gaz, le bruit de la gare, etc...

Il est inutile d'insister davantage. V..., à son arrivée à l'asile, ne présente rien de remarquable sous le rapport psychique. Sa mémoire est normale. C'est un pauvre garçon infirme, d'un caractère franc et sympathique.

On décide de lui apprendre un état compatible avec son

infirmité: Il sait lire, écrire à peu près. On le porte tous les matins à l'atelier des tailleurs. Là, on l'installe sur une table et grâce à la position de ses membres inférieurs, il prend tout naturellement la posture classique des tailleurs. En effet, ses membres inférieurs sont paralysés, fortement atrophiés et aussi contracturés. Les deux cuisses sont repliées sur le ventre et légèrement croisées l'une sur l'autre.

Au bout de deux mois, V... sait coudre assez bien; il met à son travail tout le zèle possible et son chef d'atelier est satisfait de ses progrès. — Un matin, deux mois environ après son entrée à l'asile, vers la fin de mai 1880, notre malade tombe d'une attaque à l'atelier même.

C'est une violente crise d'hystéro-épilepsie, rappelant parfaitement les crises d'hystérie major des malades de la Salpêtrière, observées par M. Charcot.

D'abord, attaque épileptique: le malade jette un cri et tombe; puis, mouvements toniques durant quelques secondes; puis, convulsions cloniques durant toute la journée et une partie de la nuit avec des repos plus ou moins longs pendant lesquels le malade est dans le coma. — Ces convulsions sont d'une intensité extraordinaire: les membres inférieurs, auparavant paralysés, sont, comme les supérieurs, projetés avec force de tous les côtés. Le tronc se soulève en cerceau et se détend brusquement en sorte que le malade est soulevé du choc: coup de queue des poissons. Il retombe au hasard soit sur le dos, soit sur la tête. La face se tord en grimaces horribles. On se hâte de disposer des matelas sur le sol et contre les murailles. Sans cette précaution le malade pourrait se tuer.

Nous cherchons à faire cesser cette crise en comprimant certains organes, les flancs, les testicules, mais sans résultat. Ayant remarqué que, pendant le repos, la compression modérée du creux épigastrique provoquait la reprise des convulsions, nous essayons, en comprimant fortement cette

région pendant la crise, de la faire cesser, pas de résultat non plus.

Il existe cependant une aura partant de la région stomacale.

Le malade nous a dit après d'autres crises, que « quand son mal le prenait, ça montait de l'estomac ». — En plus, dans la crise actuelle, pendant les repos, il suffit d'appuyer un peu sur l'estomac pour faire éclater à nouveau les convulsions désordonnées. Les yeux se remplissent d'abord de larmes, puis se tournent en haut, ensuite les doigts se replient lentement et enfin la crise générale recommence. Cette phase du mal, phase clonique de M. Charcot, dure jusqu'au milieu de la nuit. Les repos se rapprochent de plus en plus, à mesure qu'ils deviennent plus longs.

Le lendemain, nous assistons à la troisième phase : phase extatique. Elle dure à peu près vingt-quatre heures. Le malade demeure couché sur le dos ; sa figure exprime un profond contentement ; ses yeux sont brillants et regardent en haut. De temps en temps la figure s'épanouit, il sourit : si on lui parle, il ne répond pas ; si on insiste en le secouant un peu, il sourit davantage, il rit même fort. Le soir, le rire est spontané et de plus en plus bruyant. Il s'accompagne de hoquets et, par moment, ce sont de véritables aboiements qu'on entend.

Cinquante heures environ après le début de la crise, tout est terminé. L'extase a fait place à un sommeil calme.

Au réveil, V... veut se lever. Il demande ses habits et il réussit, tout en étant fort maladroit, à se vêtir de son pantalon et de sa veste ; puis il fait quelques pas dans la salle. Plus de paraplégie. Si les jambes chancellent et soutiennent mal le corps, c'est que les muscles en sont atrophiés, que la fibre musculaire a perdu l'habitude d'obéir à l'excitation nerveuse. Aussitôt que la nutrition, bien réglée par l'innervation, aura réparé la dégradation de l'élément, le malade redeviendra bien vite robuste et pourra faire de longues courses à pied.

Une fois habillé, V... demande à aller avec ses camarades aux travaux de culture. Il veut se rendre aux ordres du chef de culture, un M. Ferdinand, dont il parle souvent. Nous nous apercevons vite que notre sujet se croit encore à Saint-Urbain et qu'il veut reprendre ses occupations habituelles.

En effet, il n'a aucun souvenir de sa crise et il ne reconnaît personne, pas plus les médecins que les infirmiers, que ses camarades du dortoir. Il n'admet pas avoir été paralysé, dit qu'on se moque de lui. Nous pensons à un état vésanique passager, très supposable après une forte attaque hystérique. Mais le temps s'écoule et la mémoire ne revient pas. V... se rappelle bien avoir été envoyé à Saint-Urbain. Il sait qu'il a « l'autre jour » eu peur d'un serpent qu'il a pris dans sa main. Mais, à partir de ce moment, il y a une lacune, il ne se rappelle plus de rien. Il n'a pas même le sentiment du temps écoulé.

Naturellement, nous songeons à une simulation, à un tour d'hystérique et nous employons tous les moyens possibles pour mettre V... en contradiction avec lui-même, mais sans jamais y parvenir.

Il trouve des explications pour tout. S'il marche mal, c'est qu'il est fatigué, bientôt il n'y paraîtra plus. Il faut bien cependant qu'il se rende à l'évidence, il est dans une infirmerie. La chose lui semble bizarre, vu que ce n'est pas l'infirmerie de Saint-Urbain et que, du reste, il n'a pas été malade. De son séjour prolongé sur son lit à Saint-Urbain, aucun souvenir. De son voyage, de son passage à Paris, alors que les employés ont dû le porter de la salle d'attente dans un wagon: nul souvenir non plus.

Après quelque temps, nous nous rendons à l'évidence et nous admettons la bonne foi de V... Cependant nous tentons encore une épreuve à laquelle nous attachons une grande importance. Nous faisons conduire, sans l'en prévenir, le malade à l'atelier des tailleurs. Nous marchons à

côté de lui en ayant soin de ne pas l'influencer quant à la direction à suivre. V... ne sait pas où il va. Arrivé à l'atelier, il a tout l'air d'ignorer l'endroit où il se trouve et il affirme qu'il y vient pour la première fois. On lui met une aiguille en main et on le prie de coudre. Il s'y prend aussi maladroitement qu'un homme qui se met à une semblable besogne pour la première fois. On lui montre des vêtements dont il a fait les grosses coutures, alors qu'il était paralysé. Il rit, a l'air de douter, mais enfin s'incline devant nos affirmations.

Après un mois d'expériences, d'observations, d'épreuves de toutes sortes, M. le Dr Cortyl, M. Gauthier, l'interne du service, les surveillants, nous restons tous convaincus que V... ne se souvient de rien.

Le malade, de son côté, traverse une phase mentale bizarre. D'abord incrédule, il finit par admettre comme vrai ce qu'on lui dit. Il voit bien qu'il est à Bonneval et non plus à Saint-Urbain. Il prend enfin son parti de ce qui lui arrive et conclut qu'il a été fou comme les autres pensionnaires de l'asile, mais qu'il est guéri.

Donc, depuis une crise, suite d'une frayeur, notre malade est entré en état seconde, dont il est sorti une année environ après, à la suite également d'une attaque d'hystérie. Pendant cette année, il a eu plusieurs crises. Le certificat l'indique. Le malade lui-même le disait, alors qu'il avait conscience de son état seconde.

Remarquons aussi que le caractère de V... est complètement changé. Ce n'est plus le même sujet. Il est devenu querelleur, gourmand. Il répond impoliment. Lui qui n'aimait pas le vin et qui le plus souvent donnait sa ration à ses camarades, maintenant il leur vole la leur. Quand on lui dit qu'il a volé dans le temps, mais qu'il ne devait plus recommencer, il devient arrogant. S'il a volé, il l'a payé puisqu'on l'a mis en prison. Du reste, on doit lui rendre sa liberté quand il aura dix-huit ans.

On l'occupe au jardin. Un jour, il s'évade en emportant des effets et soixante francs à un infirmier. Il est rattrapé à cinq lieues de Bonneval au moment où, après avoir vendu ses vêtements pour en racheter d'autres, il s'apprête à prendre le chemin de fer pour Paris. Il ne se laisse pas arrêter facilement, il frappe et mord les gardiens envoyés à sa recherche. Ramené à l'asile, il devient furieux, il crie, se roule à terre. Il faut le mettre dans une cellule.

L'occasion est belle pour tenter une dernière épreuve. Nous reprochons donc à V... sa conduite, son ingratitude. Il nous répond par des injures. Il se moque de nous, il sait bien que nous devons le renvoyer quand il aura dix-huit ans, etc..., enfin il s'évadera encore quand il voudra. Nous profitons de ce moment pour lui dire : Vous vous êtes moqué de nous, vous vous rappelez très bien le temps pendant lequel vous ne pouviez pas marcher. Alors ses injures redoublent. « Ah ! vous m'insultez parce que j'ai été fou, vous n'en avez pas le droit ! »

Si V... avait eu le moindre souvenir de ce qui lui était arrivé, il n'eût pas manqué de s'en vanter dans son exaltation, car il ne se possédait plus.

Ajoutons que cette colère provoqua une crise d'hystérie moins forte que la dernière, une crise hystérique simple.

Voici maintenant, en quelques mots, ce qui nous reste à dire sur ce malade :

On le garda dans le quartier des agités, de crainte d'une nouvelle évasion. Il eut encore quelques attaques d'hystérie simple, caractérisées par des spasmes, par quelques mouvements convulsifs. Une fois, il resta paraplégique pendant tout un jour, une autre fois, il devint anesthésique de tout le corps, sauf la tête et le cou. Mais ces symptômes se dissipaient toujours vite et sa mémoire ne subit plus la moindre défaillance appréciable. Mais notre bon et sympathique malade d'autrefois était devenu un mauvais sujet cynique et sans aucun sens moral. Enfin, il quitta l'asile le 14 juin 1881,

ayant alors atteint sa dix-huitième année, mais ayant une lacune d'une année dans son existence.

Résumons l'observation :

Etat habituel ou prime, jusqu'au mois de mai 1879.

Etat seconde, depuis cette époque jusqu'en avril 1880.

A ce moment, retour à l'état habituel ou prime.

Le malade est perdu de vue en juin 1881.

L'état seconde est caractérisé par la conscience de cet état ainsi que de l'état antérieur ou prime.

L'état prime est caractérisé par la perte absolue du souvenir de l'état seconde.

Ce que le malade a fait en état prime, il en a parfaitement conscience en état seconde. Mais ce qu'il a fait et appris en état seconde, il n'en a aucune conscience en état prime.

En plus, le moral du malade est très différent dans les deux états. Ce qu'on peut établir ainsi : sens moral bien développé en état seconde ; absence du sens moral en état normal, ou habituel, ou prime.

Le passage entre les deux états a été marqué par des crises hystériques ; mais le malade a eu à plusieurs reprises des crises du même genre qui n'ont pas provoqué de changements d'état.

Nous ne considérons pas ce fait comme un fait de double conscience. Voici comment Littré définit la double conscience : « Le sujet a la sensation qu'il est double ; ou » bien il a, sans en avoir connaissance, deux existences qui » n'ont aucun souvenir l'une de l'autre et qui s'ignorent respectivement. »

On rencontre, en effet, parfois des aliénés qui se croient doubles. On en cite plusieurs exemples dans les archives médico-psychologiques. Ils se parlent, se répondent, se donnent des ordres qu'ils exécutent. Nous en avons vu un, à l'asile de Bonneval, qui s'imaginait que plus rien n'existait au monde sauf Lucifer et lui, mais que Lucifer et lui

ne faisaient qu'une même personne. Voici comment il s'exprimait : Moi, Lucifer, te dis de marcher. Moi, Lucifer, ai faim, mange. Il se répondait oui, et il marchait ou mangeait. C'était un vieil hypochondriaque qui semblait réellement avoir la sensation de deux êtres en lui.

D'autres fois, l'amnésie est périodique, les deux états prime et seconde alternent en s'ignorant mutuellement. M. Azam rapporte l'histoire d'un jeune homme qui présente ce phénomène.

Il y a, d'après la définition de Littré, double conscience dans ces états. Mais l'observation de V... n'est qu'une observation d'amnésie de longue durée pendant laquelle il a vécu d'une vie ordinaire. Il y a dédoublement de la vie, mais non pas double conscience, comme on l'entend ordinairement. On peut rattacher notre observation à celle de Félicita X... de M. Azam, seulement elle ne présente pas les périodes alternantes de cette dernière. Mais on ne devrait pas être étonné, si plus tard V... éprouvant une rechute, l'amnésie chez lui devenait périodique. Comme chez Félicita X... l'état seconde est caractérisé par la conscience des deux états, et l'état prime par la conscience de l'état prime antérieur et l'oubli absolu de l'état seconde.

Outre l'observation de Félicita, M. Azam a aussi donné, comme je l'ai dit plus haut, l'histoire d'un jeune hystérique dont les périodes successives de vie s'ignoraient respectivement. Celui-là avait véritablement deux consciences. Le malade avait des convulsions, de l'hyperesthésie, des hallucinations terrifiantes et encore d'autres symptômes d'hystérie. L'état seconde se prolongeait parfois pendant des mois. Il finit par guérir.

On connaît aussi l'histoire de la jeune Américaine citée par M. Taine, laquelle perdit brusquement, après un profond sommeil, la mémoire de toute sa vie antérieure, qui ne reconnaissait plus personne, ne savait plus rien et qui fut obligée de réapprendre à lire, à écrire, etc...; puis enfin,

qui, brusquement, après un profond sommeil encore, récupéra tous ses souvenirs de jeunesse, mais qui, par contre, perdit le souvenir de tout ce qui s'était passé entre les deux accès.

Il est utile de noter que tous les malades qui font les objets des observations de cette espèce sont des hystériques. Louis V... est hystérique aussi; il offre même un bel exemple d'hystérie major chez l'homme.

On rattache généralement aujourd'hui les cas pathologiques de ce genre au somnambulisme et on les comprend sous le nom de vie somnambulique.

Nous sommes tenté de croire que ces cas sont plus nombreux qu'on ne le supposerait, d'après les observations assez rares qu'on en possède. En effet, ils ne sont étudiés que depuis peu, auparavant ils laissaient les observateurs incrédules. M. Azam dit qu'au commencement, quand il racontait l'histoire de sa malade Félida, il ne trouvait que des incrédules parmi ses confrères, à l'exception cependant de quelques spécialistes distingués qu'il nommait et que leurs études disposaient à moins de scepticisme. — Enfin, on trouve dans les auteurs de nombreux cas d'amnésie mal étudiés peut-être, mais bien remarquables, et ayant beaucoup de rapports avec notre observation. C'est ainsi que Louyer-Villermay rapporte ce fait : Une femme a des accidents nerveux pendant son accouchement. Après leur disparition, elle a perdu la mémoire de tout le temps qui s'est écoulé depuis son mariage, elle ne se souvient même pas de son mariage.

Capuron parle d'une femme qui tombe dans un état comateux pendant son accouchement, qui guérit, qui accouche et qui refuse d'avoir accouché, qui nie même avoir jamais été enceinte.

Enfin, on connaît l'histoire de ces épileptiques qui éprouvent des amnésies de plus ou moins longue durée, qui pendant ces périodes amnésiques ont pu faire des voyages assez

longs et qui, revenus à l'état normal, sont profondément étonnés à la vue des choses nouvelles et inconnues qui les entourent.

Forbes Winslow (*Maladies du cerveau et de l'esprit*) rapporte, parmi d'autres observations très intéressantes, celle de cet ivrogne qui oubliait complètement ce qu'il avait fait pendant ses périodes d'ivresse, alors qu'il était revenu à l'état normal, mais qui s'en rappelait parfaitement quand il s'était à nouveau intoxiqué.

En résumé, la question de l'amnésie périodique est peu connue. Personne n'a encore essayé d'en donner une raison physiologique. Le seule chose qu'on puisse dire, c'est que les malades sérieusement observés sont tous hystériques.

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Par M. le Dr A. GIRAUD

Directeur-Médecin de l'asile de Fains.

LES INCENDIAIRES. — Affaire G...; seize incendies en quinze jours, irresponsabilité; par Delacour, Aubrée et Lafitte, à Rennes. — Affaire L..., série d'incendies sans motifs, responsabilité; G..., tentative d'incest, non-lieu; O..., incendie, démence, irresponsabilité, par A. Foville. — Affaire C..., incendie, mélancolie, irresponsabilité, par Hospital, à Clermont-Ferrand. — Revue des journaux judiciaires.

La plupart des auteurs décrivent une « folie incendiaire » à laquelle, depuis le mémoire publié par Marc, ils donnent le nom de pyromanie. Dans ce mémoire, reproduit par l'auteur en son *Traité de la folie*, tel à peu près qu'il avait été donné dans les *Annales d'hygiène*, Marc expose qu'une aberration mentale peut devenir la source de l'acte incendiaire, et considère cette aberration comme une « monomanie », ayant ses caractères spéciaux et ne pouvant pas être donnée comme excuse pour assurer l'impunité de tous les incendiaires. L'acte seul de mettre le feu ne constitue donc pas la pyromanie; mais Marc admet une grande tendance chez les aliénés, à causer des incendies. « Il est » reconnu, dit-il, qu'en général les aliénés doivent être » particulièrement surveillés sous le rapport du danger » du feu. Ce danger, chez le plus grand nombre d'entre » eux, chez les imbéciles surtout, ainsi que chez les per-

» sonnes en démence, résulte de leur incurie, ou d'un
» manque de discernement; chez les maniaques, il naît de
» conceptions extravagantes. » (Marc, *De la folie dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*.)

La folie incendiaire est aujourd'hui rattachée à la folie impulsive, ou folie des actes; mais la description de Marc n'en est pas moins restée une étude des plus complètes, ayant servi de point de départ aux travaux qui ont suivi. Esquirol lui-même, dans son *Traité des maladies mentales*, déclare que, n'ayant pas eu occasion d'observer les faits particuliers de la monomanie incendiaire, il emprunte ce qui concerne la pyromanie au mémoire publié par le Dr Marc.

Une des particularités les plus intéressantes signalées est l'époque de la vie à laquelle apparaît plus spécialement la folie incendiaire; elle coïncide le plus habituellement avec l'époque de la puberté, et l'on doit tenir compte du développement anormal des fonctions sexuelles.

Les exemples d'incendies occasionnés par des aliénés ou tout au moins par des individus ayant donné des doutes sur l'intégrité de leurs fonctions intellectuelles, ne sont pas rares; les médecins légistes sont plus fréquemment appelés qu'au temps d'Esquirol à donner un avis sur l'état mental des prévenus, et nous avons aujourd'hui à passer en revue toute une série de rapports concernant des incendiaires. Tantôt l'acte doit être attribué à une impulsion malade, tantôt il est dû à des conceptions délirantes; dans certains faits que nous relaterons, les experts n'ont pas jugé que les présomptions fussent suffisantes pour enlever au prévenu toute la responsabilité.

Quoique l'on ait souvent reproduit que les imbéciles et les déments sont un danger d'incendie par suite de leur incurie (opinion émise par Marc), nous n'avons, peut-être par une circonstance fortuite, rencontré, soit dans les rapports qui nous ont été adressés, soit dans les journaux judiciaires,

aucun fait où l'incurie d'un imbécile ou d'un dément ait été mise en cause.

Le nommé G... examiné par MM. Delacour, Aubrée et Lafitte, à Rennes, peut être donné comme un véritable type de la folie incendiaire, telle que l'ont décrite les auteurs. Pendant le mois de mai 187..., de nombreux incendies étaient signalés dans la même commune. « C'est ainsi, » exposent les experts, que du 13 au 28, le feu était mis » seize fois sur divers points, souvent plusieurs fois dans » la même journée, soit à des récoltes, soit à des barges » de fagots, soit à des hangars attenant à des maisons » d'habitation. Les plus actives recherches, de nombreuses » battues dans les bois où l'on supposait que des malfai- » teurs pouvaient se cacher, n'avaient amené aucun résul- » tat; les fermiers veillaient en armes autour de leurs » habitations et les populations consternées des villages » se montraient d'autant plus épouvantées qu'elles ne pou- » vaient se rendre compte de la nature du péril qui les » menaçait. » Tous ces incendies étaient le fait d'un jeune incendiaire. Le brigadier de gendarmerie fut frappé de ce que G... était presque toujours signalé comme ayant donné l'éveil et assisté à tous les incendies. G... nia d'abord, mais finit par avouer qu'il était l'auteur des incendies. Interrogé sur les motifs qui l'avaient déterminé à mettre le feu, il répondit constamment qu'il ne savait pas pourquoi il avait allumé ces incendies. L'étrangeté des actes et des réponses de l'accusé frappèrent le juge d'instruction qui ordonna une expertise.

G... était âgé de seize ans, grand pour son âge, mesurant 1^m,62, mais paraissant de constitution assez faible. Il était maigre, pâle, anémique. La tête était bien conformée, mais il se plaignait de maux de tête localisés à la région frontale au-dessus des yeux. Sa croissance avait été très rapide. G... répondait avec assez de précision aux questions

adressées sur son âge, la date de sa naissance, son nom, la position de fortune de ses parents, mais il avait fréquenté l'école, disait-il, pendant cinq ans, et il savait à peine lire et signer son nom. Il additionnait en comptant sur ses doigts les chiffres, mais il était incapable de répondre quand on lui demandait une addition un peu plus compliquée. Ses réponses étaient justes lorsqu'on lui parlait des choses usuelles de la vie, mais il ne paraissait rien comprendre au delà. Il avait quelques notions religieuses et avait jusqu'à un certain point conscience du bien et du mal, ainsi il savait que c'était mal de tuer, de voler, de mettre le feu; sa portée intellectuelle n'allait pas au delà et il croyait que dès qu'il se serait confessé, sa conscience serait tranquille. Sans avoir présenté de troubles bien nets de la santé, il avait, en dehors des maux de tête déjà signalés, un appétit irrégulier, dormait moins et son sommeil était agité; mais il ne pouvait dire à quelle cause il attribuait ce changement. Les experts ne purent pas plus que les magistrats, quels que fussent et leur insistance et les détours pour l'amener sur ce sujet, obtenir de réponse positive sur ce motif qui l'avait poussé à mettre le feu; ses réponses étaient qu'« *il ne savait pas, il ne peut s'expliquer pour-quoi il a mis le feu. Il ne comprend pas comment il a eu cette idée; il n'en voulait à personne et n'a jamais eu aucune idée de vengeance; il ne sait pas la peine qu'on lui infligera, mais il est disposé à la subir, etc.* » Comme antécédents, à part deux oncles paternels faibles d'esprit, on n'a rien noté au point de vue de l'hérédité. G... a toujours été peu intelligent, était le dernier au catéchisme et n'a rien pu apprendre à l'école. Il ne buvait pas et n'avait pas contracté de mauvaises habitudes; mais ses parents avaient été frappés de ce que dans les derniers temps l'expression de sa physionomie était changée, il était plus sombre et parlait la nuit.

Dans la discussion des faits les experts ont mis en saillie

que G... avait toujours été faible d'esprit, qu'il était à l'époque de la puberté, que sa croissance rapide avait amené d'autres modifications qui se manifestaient par des maux de tête, de la tristesse et un sommeil agité. Ces troubles avaient porté atteinte à l'exercice des facultés intellectuelles. En effet, dans les actes incriminés, on ne trouve aucun mobile appréciable, ni calcul, ni prévision, ni intérêt. G... ne prenait aucune précaution, allumait les incendies en plein jour; il savait que les habitants veillaient et que la gendarmerie était sur pied, et le danger auquel il s'exposait ne l'arrêtait pas; loin de là, son audace paraissait s'accroître et il parvint en deux jours à allumer six incendies. Les experts mettent encore en relief l'inconséquence de G. Aussitôt après avoir mis le feu, il donnait l'éveil et travaillait ensuite à l'éteindre avec une ardeur qui frappait tout le monde; dans plusieurs occasions même, il s'est brûlé les mains. Une fois arrêté, il avait avoué comme le font les enfants et il n'a jamais cherché à échapper à la situation qui lui était faite ni à diriger les soupçons des experts sur d'autres personnes.

Les conclusions des experts sont les suivantes : « Nous sommes donc amenés à conclure, après avoir considéré l'acte en lui-même, les circonstances au milieu desquelles il s'est produit, les dispositions morbides de l'inculpé, la portée de son intelligence et son état physique :

» 1^o Que G... a donné dès son enfance des signes évidents de débilité intellectuelle;

» 2^o Que les troubles physiques et intellectuels qu'il a présentés avant, pendant et après la perpétration des actes criminels qui lui sont imputés, sans être caractéristiques d'un état pathologique bien défini, indiquent néanmoins qu'en cédant au penchant morbide qui l'a entraîné, il n'avait pas sa liberté morale, et qu'en conséquence il ne saurait en être responsable.

» 3^o Qu'en raison du danger permanent qu'il y aurait à

» laisser en liberté un individu atteint de cette forme de
» folie, il y a nécessité de le séquestrer dans un asile d'a-
» liés. »

Conformément aux conclusions des experts, une ordonnance de non-lieu fut rendue, et G... fut mis à la disposition de l'autorité administrative qui le fit séquestrer à l'asile de Rennes.

Après un séjour de..., G... s'est montré assez bien pour qu'il fût question de demander sa sortie. Les circonstances de l'admission ont été un motif pour différer la proposition pendant un certain temps. Toutefois, le fait que l'impulsion incendiaire s'est développée à l'époque de la puberté, fait présumer à notre confrère de Saint-Méen, M. le D^r Delaporte (à l'obligeance duquel nous devons ces renseignements complémentaires), que le malade ne retrouvera plus les mêmes impulsions. Nous ne saurions nous arrêter aujourd'hui à la question très controversée des restrictions à apporter à la sortie des aliénés ayant commis un crime, et nous aurons occasion de montrer dans cette même revue que le cas d'un aliéné incendiaire, sortant de l'asile pour cause de guérison, n'est pas sans exemple.

Trois rapports inédits concernant des incendiaires nous ont été adressés par M. le D^r Foville.

Le nommé L..., accusé d'incendie volontaire, a été examiné par MM. Foville et Rousselin. Il était âgé de dix-neuf ans, était inédiocrement développé pour son âge, et n'offrait rien de bien saillant dans sa personne. Il avait la tête petite et la physionomie ingrate; aucun antécédent héréditaire n'a été constaté. Il ne savait ni lire ni écrire, mais il n'avait presque jamais fréquenté l'école et avait quitté de bonne heure ses parents pour être domestique chez des cultivateurs.

L... était accusé d'avoir volontairement causé quatre incendies dans sa commune, et avait d'ailleurs fait des aveux.

L'auteur de onze incendies dans une commune voisine était recherché. L... avait d'abord avoué que ces incendies étaient également de son fait, mais il était revenu sur ses aveux et il nia dans la suite énergiquement qu'il en fût la cause.

L'expertise médicale fut motivée par la déposition d'un témoin, déclarant qu'à une époque antérieure, l'accusé avait présenté des troubles intellectuels et sur le fait que l'instruction n'avait révélé aucun mobile sérieux pour mettre le feu.

Dans son jeune âge, L... avait l'esprit borné, mais n'était pas porté au mal et il ne présenta, d'après sa mère, aucune particularité. Il a servi chez divers maîtres, où il n'a pas fait un bien long séjour. Les troubles intellectuels signalés se seraient présentés à l'âge de treize ans et les experts reproduisent la déposition dont on peut comprendre l'importance, d'autant plus qu'elle émane d'un des anciens maîtres de L... » Au bout de quelques jours, dit le témoin, » il donna des signes d'extravagance que nous prîmes pour » des espiègleries, mais elles se renouvelèrent si souvent » qu'elles nous firent penser qu'il ne jouissait pas de la » plénitude de ses facultés; surexcitation singulière remar- » quée à l'occasion de reproches sur sa conduite. Il étén- » dait les bras, levait les yeux au ciel; faisait entendre des » chants dans lesquels on saisissait des mots sans suite, » parlait de Dieu, rapportant quelques paroles des ser- » mons qu'il avait entendus. Il avait les yeux hagards » dans ses moments de surexcitation. Pas de méchanceté. » Il faisait bien son service de vacher, mais il ne fallait » pas lui demander davantage, n'avait ni goût ni aptitude » pour aucun travail. Un jour, il s'avisait de démonter pièce » à pièce une charrue que j'avais laissée dans les champs. » Il acheva son année et je le congédiai. »

Les anomalies qui se seraient produites entre treize et quatorze ans ne paraissent pas avoir persisté, ou du moins

il a été impossible aux experts d'en trouver aucune autre trace. Au contraire, tous les autres maîtres de L... ont affirmé que ce jeune homme n'avait rien présenté de bizarre ou d'étrange dans ses habitudes, pendant qu'il était à leur service. Son intelligence même se serait développée, car il avait appris à conduire les chevaux, à labourer, à semer, à battre en grange, à faire du cidre, etc.

Dans l'examen direct de l'accusé, les experts n'ont pu constater aucun indice de troubles nerveux qui puisse être considéré comme un signe d'imbécillité, d'épilepsie ou de folie. Toutefois, jamais L... n'a été susceptible de donner une explication raisonnable des actes incriminés. S'il était innocent des onze incendies de la commune voisine, peut-être avait-il subi l'influence de l'exemple, et il a toujours affirmé qu'il n'avait aucun sujet de rancune contre les personnes dont il a brûlé les maisons ni aucune vengeance à exercer.

« Quand on le presse de questions, disent les experts, il » n'a rien à répondre, si ce n'est qu'il ne sait pas lui-même » pourquoi il mettait le feu, qu'il sentait dans la tête quel- » que chose qui le poussait, et puis qu'il avait du plaisir à » voir tout le monde courir pour éteindre le feu et à se » mêler activement aux travailleurs, soit en battant la » caisse pour appeler du secours, soit en courant aux » pompes. »

Mais, en analysant la conduite de L..., on ne retrouve pas nettement les caractères de l'impulsion morbide irrésistible et irresponsable. L'accusé a avoué qu'il songeait plusieurs jours d'avance au feu qu'il allait allumer, qu'il s'arrangeait pour se cacher et attendre le moment favorable ; néanmoins, dans le dernier incendie qu'il a allumé, il a abandonné toute prudence en mettant le feu sans tenir compte de la présence d'un enfant qui l'accompagnait et qui l'a dénoncé.

« En résumé, disent en terminant MM. Foville et Rous-

» selin, la question reste entourée, à nos yeux, d'une
» obscurité que nous n'hésitons pas à reconnaître.

» Nous n'avons pu découvrir aucune preuve de la nature
» malative des actes incriminés; rien qui nous permette
» de déclarer L... atteint d'une forme quelconque de folie
» ni irresponsable de ses actes. Et d'un autre côté, nous
» ne pouvons nous défendre d'une certaine hésitation en
» voyant une pareille série d'incendies allumés par un
» jeune homme, inoffensif à tout autre égard, chez lequel
» on n'arrive à constater aucun des mobiles ordinaires du
» crime, et qui ne sait donner lui-même qu'une explica-
» tion inadmissible; c'est que ça « lui passait comme cela
» dans la tête. »

» Aussi, sans trouver dans cette hésitation, ni dans les
» circonstances qui la font naître, un motif suffisant pour
» exprimer l'avis que L... est irresponsable des incendies
» qu'il a allumés, nous pensons néanmoins qu'on doit y voir
» une cause d'atténuation dans la responsabilité; cause à
» laquelle la justice ferait une part légitime en montrant
» pour l'accusé une indulgence relative. »

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

« Rien dans l'état actuel de L... ne permet de dire qu'il
» soit atteint d'imbécillité, d'épilepsie, de folie ou de toute
» autre forme de trouble intellectuel.

» Rien n'indique qu'il ait été atteint de l'un de ces états
» morbides au moment où il a allumé les incendies pour
» lesquels il est poursuivi.

» Nous pensons néanmoins que l'absence de tout motif
» propre à expliquer cette série d'incendies, est de nature
» à inspirer des doutes sur l'intégrité absolue de la liberté
» morale de L... et qu'il y a là un motif suffisant pour
» invoquer en sa faveur une atténuation de responsabi-
» lité. »

L... a été condamné à cinq ans de réclusion.

Le fait rentre dans la catégorie de ceux que nous avons

analysés dans nos précédentes revues. Il s'agit d'un incendiaire dont l'état mental offrait assez de doutes pour qu'on ne pût le considérer comme entièrement responsable de ses actes, et d'autre part les experts ne pouvaient affirmer qu'il eût agi sous l'influence d'une impulsion morbide irrésistible, puisque, en dehors de tout délire, il savait combiner ses actes et agissait avec une certaine préméditation. Au point de vue de son état mental, il rentre dans la zone neutre intermédiaire entre la folie et la raison, et si le jury en présence de l'hésitation des experts avait reculé devant un verdict affirmatif, on peut se demander quelle eût été la conduite à tenir envers un individu éminemment dangereux, mais ne présentant aucun symptôme actuel de la folie.

Un second rapport, par M. Foville seul, présente un cas ayant une certaine analogie avec le précédent. Il s'agit d'une jeune fille, âgée de 17 ans, Marie G..., inculpée d'incendie volontaire, mais les faits avaient moins de gravité; deux commencements d'incendie s'étaient produits et l'on avait été promptement maître du feu. Sans qu'on eût de preuves certaines, les probabilités les plus grandes étaient que deux fois le feu avait été mis par la jeune fille, domestique dans la maison. Elle niait le fait, sans pouvoir se disculper, ni indiquer comment une autre personne aurait pu pénétrer à l'endroit où le feu s'était déclaré.

Quoique paraissant physiquement bien constituée, elle semblait peu développée pour son âge et n'était pas réglée; à aucune époque de son âge, elle n'avait été sujette à des convulsions, ni à d'autres accidents nerveux. Elle savait s'acquitter convenablement des travaux du ménage et avait facilement appris à coudre et à laver; elle se montrait adroite pour les actes manuels, mais elle n'avait jamais pu apprendre à lire ni à écrire et pourtant elle était fille d'instituteur. Elle avait des frères et sœurs convenablement

instruits ; elle seule était complètement illettrée. Elle savait qu'elle avait entre seize et dix-sept ans, parce qu'on le lui avait redit tout récemment, mais ne connaissait ni la date, ni l'année, ni le lieu de sa naissance et ignorait même le mois et le millésime de l'année courante ; sans la considérer comme idiote ou imbécile à proprement parler, il existait chez elle une véritable insuffisance de développement intellectuel et moral.

La conclusion du rapport est que si Marie Gu. n'était atteinte ni de folie, ni d'idiotie, ni même d'imbécillité, son développement mental et son degré de responsabilité ne correspondaient pas à son âge, que sous ce rapport elle ressemblait plutôt à une enfant de huit à dix ans, qu'à une jeune fille ayant près de dix-sept ans, et qu'il serait équitable de considérer qu'elle avait agi sans discernement.

Son âge ne permettant pas de la faire bénéficier des dispositions légales applicables seulement au-dessous de seize ans, et d'autre part son degré de responsabilité ne paraissant pas suffisant au magistrat instructeur pour continuer les poursuites, elle fut l'objet d'une ordonnance de non-lieu et rendue à sa famille.

Nous n'avons pas appris que depuis 1878, date du rapport, elle eût commis quelque méfait.

Le troisième rapport de M. Foville a trait à un incendiaire dont l'état mental diffère notablement des premiers. Il s'agit ici d'un vieillard, atteint de démence, qui a, dans son égarement, sachant qu'il mettait le feu, incendié sa maison.

O..., lisons-nous dans le rapport, est âgé de 69 ans ; il a exercé différents métiers et a eu depuis longtemps la réputation d'un homme fantasque et se conduisant parfois d'une manière tout à fait déraisonnable. Il gagnait dans les derniers temps péniblement sa vie en cassant des cailloux. L'examen direct fit constater que la mémoire

n'était pas trop infidèle en ce qui concernait les choses anciennes, mais qu'en ce qui concernait les faits plus récents, les réponses devenaient confuses. O... se fatiguait promptement quand on l'interrogeait. A une interrogation il fut pris d'un tremblement et parut sur le point de perdre connaissance. Il avait éprouvé une vive frayeur et avait, à une époque encore peu éloignée, fait une chute dans laquelle la tête aurait été contusionnée. Il aurait été victime, une nuit, d'un vol et c'est en fuyant, vivement effrayé, qu'il avait fait la chute que nous venons de mentionner. Depuis ce moment, a-t-il dit, il aurait eu la tête constamment troublée et comme perdue. Il avait fait des démarches pour entrer dans un des hôpitaux de Rouen, et ne pouvant y parvenir, se serait senti tout à fait désespéré. C'est alors qu'il aurait fait dire au maire de la commune que, faute des secours dont il avait besoin, il brûlerait sa maison et se détruirait ou se ferait arrêter. Il mit effectivement le feu à la toiture de sa maison et se rendit à Rouen pour se dénoncer.

— Il est difficile, dit le rapport, de voir dans ces faits un véritable crime. L'intelligence de l'accusé déjà affaiblie avait été réellement troublée à la suite de la chute qu'il avait faite et du vol qu'il avait subi. L'acte en lui-même était délirant. O... se rendait encore plus misérable en détruisant le peu qu'il possédait, et s'exposait à une condamnation sévère. S'il voulait chercher l'hospitalité de la prison, à défaut de celle de l'hospice, il lui suffisait de se faire arrêter comme vagabond ou mendiant, et l'on pouvait déduire qu'il avait agi sous l'influence d'un égarement d'esprit et qu'il devait être considéré comme irresponsable.

— Les conclusions sont les suivantes :
 1° O... est depuis plusieurs années dans un état d'affaiblissement intellectuel qui constitue un commencement de démence sénile.

- » 2° A cet affaiblissement intellectuel s'est ajouté récemment un véritable état maladif qui a complété le trouble de ses idées et de son sens moral.
- » 3° C'est sous l'influence de ce dérangement des facultés mentales que O... a allumé l'incendie dont il est accusé, et il était alors dans un état d'égarément qui doit le faire considérer comme irresponsable. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu a été rendue. O..., mis à la disposition de l'autorité administrative, a été placé à Quatre-Mares, et n'a pas tardé à y succomber dans un état de démence confirmée.

La démence a des points de contact avec l'imbécillité. L'affaiblissement de l'intelligence enlève la responsabilité morale au même titre que la débilité intellectuelle congénitale. Nous devons toutefois insister sur le fait que l'accusé avait incendié sa maison, sachant qu'il y mettait le feu et qu'il se ferait arrêter. Le cas diffère donc de ceux où le dément mettrait le feu par incurie. Toutefois l'incendie ici est unique : les incendiaires, faibles d'esprit, ou impulsifs, les pyromanes, pour employer une expression admise, sont souvent les auteurs d'une série d'incendies.

Le rapport de M. Hospital nous montre un fait rentrant dans la catégorie de ceux où l'acte commis est le résultat d'une idée délirante systématisée.

Le nommé C..., âgé de 34 ans, était accusé tout à la fois d'incendie d'un bâtiment, clos et de dévastation d'arbres. Il avait, à un kilomètre environ de sa commune, incendié une petite maison dite tonnelle, dans une vigne d'agrément. Les habitants, accourus en voyant la lueur, le trouvèrent encore dans la propriété. Devant la porte de la maisonnette, étaient une grande quantité d'échalas consumés, et des arbres avaient été coupés çà et là. C... vint se livrer aux habitants, en disant qu'il était l'auteur de la dévastation et qu'il avait voulu se venger des propriétaires, pour le motif

suivant : « Ils ont dérangé ma femme ; ils se donnaient rendez-vous dans cette cabane ; je n'ai pas voulu qu'ils puissent y retourner, et je l'ai détruite... Je n'ai aucun regret, *le bon Dieu ne m'en demandera pas compte* ; car on m'a fait plus de mal que ça... *Je fais mon devoir* ; si je ne l'avais pas fait aujourd'hui, je l'aurais fait plus tard. »

C... était marié et vivait en mauvaise intelligence avec sa femme. Cette dernière avait, d'après la notoriété publique, une conduite plus que légère. L'inconduite de la femme avait aigri le caractère du mari ; puis les railleries des habitants le rendirent triste et mélancolique ; il devint ivrogne pour s'étourdir. On constata alors chez lui des bizarreries et des excentricités, et il fut considéré comme ne possédant plus l'intégrité de ses facultés.

C... avait quelques antécédents héréditaires : sa grand-mère serait morte en démence sénile ; plusieurs de ses parents passent pour avoir été peu intelligents. Soumis à l'observation, C... présenta un mélange d'idées de persécution et de délire mystique. Il faisait intervenir fréquemment la divinité dans ses propos pour expliquer ses actes ; son but avait été de s'opposer à l'avenir aux rendez-vous de sa femme et Dieu, disait-il, lui était venu en aide. Il n'avait pas conscience de la peine à laquelle il s'exposait en commettant un acte semblable : parfois à la prison il se promenait en gesticulant et parlant seul. Il passait une partie de la journée avec un grand chapellet entre les mains et, la nuit même, se mettait souvent en prières. M. Hospital n'hésita pas à le considérer comme ayant agi sans avoir conscience de ses actes et à le déclarer irresponsable. Les conclusions du rapport sont les suivantes :

C... ne jouit pas de l'intégrité de son entendement ; il est atteint de manie mélancolique affective à caractère impulsif ; l'acte à lui reproché a été la manifestation d'un état paroxysmal de sa maladie mentale. Il est irresponsable ; prenant en considération les marques de colère

» subite et dangereuse dont il a parfois fourni les preuves
» ainsi que l'acte qu'il a commis, il serait prudent de le sou-
» mettre à un traitement médical dans une maison de
» santé. »

M. Hospital a ajouté à son rapport un épilogue fort intéressant. « C... a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu » et par suite transféré dans l'établissement d'aliénés. Il » s'y comporte convenablement et ne présente aucun fait » pathologique autre que ceux énumérés plus haut. Le » calme de l'asile et les soins affectueux dont il se voit en- » touré produisent chez lui un bien notable : il devient » plus communicatif, pour ainsi dire un peu plus gai, et » sollicite de l'emploi, alléguant que le désœuvrement ne lui » vaut rien. On obtient à ce désir sans avoir lieu à » s'en repentir, car loin du théâtre de ses tribulations, il » renait à la vie : transféré au bout des délais réglemen- » taires à la Cellette, il y séjourna quelques mois, après » quoi, sa bonne conduite et l'amélioration progressive de » son l'état lui valent l'exeat et nous n'avons plus entendu » parler de lui. »

C... doit être considéré comme un de ces malades qui, atteints d'idées de persécution, réagissent à un certain moment contre ceux qu'ils considèrent comme leurs persécuteurs, et commettent des actes dangereux. Il a été poussé à mettre le feu, comme il eût pu, sous l'influence des mêmes idées de persécution, être poussé à tuer ceux qu'il croyait les amants de sa femme, et il a attenté à la propriété de ses ennemis au lieu d'attenter à leur vie. Il s'agit là évidemment d'un ordre de faits différents des premiers et la circonstance de la guérison ajoute de l'intérêt à l'observation.

En dehors des cas où la justice commet régulièrement des experts pour apprécier le degré de responsabilité des prévenus, les mobiles de l'incendie sont diversement appréciés par les tribunaux.

A la cour d'assises de la Creuse, audience du 14 juillet 1884 (*Gazette des tribunaux* du 20 juillet), l'accusée était une toute jeune fille, presque une enfant. Elle avait seize ans, et paraissait à peine avoir cet âge. Ses maîtres ont affirmé qu'elle était d'un caractère très doux et d'une conduite irréprochable. Cependant, par deux fois, elle avait mis le feu dans son village.

Ni l'instruction ni les débats n'ont pu faire découvrir le mobile du crime. A cette question : Pourquoi avez-vous mis le feu ? elle se bornait à répondre en pleurant : « Je ne sais pas. »

L'incendie a été allumé une première fois dans un poulailler, la seconde fois dans des dépendances d'où le feu aurait pu gagner la maison de ses maîtres. D'actifs secours ont pu permettre d'éteindre promptement l'incendie. Le jury a acquitté la jeune fille. On pourrait rapprocher ce fait de celui de Marie G... où le magistrat instructeur a rendu une ordonnance de non-lieu.

Quelques mois auparavant, la cour d'assises des Côtes-du-Nord (audience du 13 janvier 1881, journal *le Droit*, 22 janvier), malgré l'intervention du D^r Blanche appelé par la défense, ne s'est pas déclarée suffisamment éclairée, dans une affaire d'incendie et tentative d'incendie, alors que l'accusé était un jeune homme, presque un enfant, Georges F..., âgé de 14 ans 1/2, a mis le feu d'abord à une meule de paille près d'une grange couverte de chaume et de corps de bâtiments servant d'étables et d'écuries. Quelques mois après, il a tenté, à l'aide du pétrole, de mettre le feu à la cave de la ferme de ses parents. Il a allégué qu'il s'ennuyait et voulait, par la crainte du feu, forcer son père à quitter le pays pour vivre à Paris. Il n'avait aucune haine ni aucun motif de vengeance contre les fermiers chez qui il a mis le feu.

M. le D^r Blanche a déclaré que Georges F... est un aliéné

et à ce titre irresponsable. Le gardien chef de la prison a déposé qu'il considérait le jeune F... comme un enfant et a dit que le jeune homme ne semblait pas avoir conscience de son état, ni de la gravité des actes qui lui étaient reprochés. Sur les réquisitions du ministère public, l'affaire a été renvoyée à une autre session et la cour a commis trois médecins pour faire un rapport. L'issue de l'affaire n'a pas été publiée, les détails nous manquent, mais nous voyons d'une part les doutes inspirés à la cour sur l'intégrité des facultés intellectuelles de l'accusé, et néanmoins la répugnance du ministère public à abandonner une accusation et à se ranger à l'opinion d'un médecin des plus expérimentés, lorsque l'expertise n'a pas été ordonnée dans le cours de l'instruction.

Dans son audience du 8 juillet 1894, la cour d'assises de Meurthe-et-Moselle (*Gazette des tribunaux* du 24 juillet) a prononcé l'acquittement d'une vieille femme poursuivie pour crime d'incendie.

La femme V..., âgée de 74 ans, était accusée d'avoir volontairement mis le feu dans son domicile. Grâce à de prompts secours, les dommages avaient été peu considérables. L'accusée alléguait qu'elle ne pouvait supporter que sa maison fût vendue (un incendie d'ailleurs devait tourner à son profit, parce que la maison était assurée pour une somme supérieure à sa valeur). De l'interrogatoire et des dépositions il parut résulter que, si le fait matériel n'était pas contestable, il y avait à examiner la question de responsabilité. La mère et la sœur de l'accusée étaient mortes folles; elle-même avait subi un traitement dans une maison d'aliénés, et avait alors de fréquentes hallucinations, malgré des intervalles lucides. Il était certain pour tous qu'elle n'avait pas agi sous l'empire d'une volonté saine et réfléchie. Le verdict du jury a été négatif.

Quoique nous ne voyions pas ici trace d'une expertise

médicale, le fait peut être rapproché de celui de l'affaire O... dans laquelle le magistrat instructeur a rendu une ordonnance de non-lieu.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'aliénés, nous croyons intéressant de rattacher à cette étude une courte analyse de trois affaires d'incendie, dans lesquelles les circonstances étaient de nature à modifier la responsabilité des prévenus.

Dans son audience du 4 mai 1884 (journal le *Droit* du 5 mai), la cour d'assises de la Seine a jugé une jeune fille de dix-huit ans, accusée d'incendie volontaire et dont le mobile était la vengeance. Cette jeune fille, séduite par un homme marié, s'est vengée de son amant qui refusait ensuite de lui venir en aide, en mettant le feu à un chantier de charpente appartenant à ce dernier. Au moment où l'acte a été commis, l'accusée était en proie à une vive surexcitation à laquelle se joignait un profond désespoir. Le jury a prononcé un verdict négatif.

Le journal le *Droit* du 24 avril rapporte, sous la dénomination de « fantaisie d'ivrogne, » le fait suivant : Deux ouvriers tapissiers ivres rentrent à leur atelier. L'un d'eux se laisse tomber, l'autre amasse des étoupes autour de son camarade, lui dit qu'il va le griller comme un cochon et allume les étoupes. Un troisième ouvrier survenant put heureusement éteindre le commencement d'incendie. Poursuivi devant le tribunal correctionnel pour incendie par imprudence, outrage aux agents qui l'ont arrêté en ivresse, l'ivrogne a été condamné à trois jours de prison et cinq francs d'amende.

Le tribunal dans ce cas ne s'est-il pas montré bien indulgent? Mais en pareille circonstance, l'indulgence n'est pas toujours la règle des tribunaux.

Dans son audience du 22 mars 1884 (le *Droit*, 23 mars; *Gazette des tribunaux*, 25 mars), la cour d'assises de la Seine a condamné sévèrement un individu poursuivi pour tentative d'incendie. L'accusé était un cocher adonné aux li-

queurs fortes. Il était violent et brutal. A la suite d'une scène dans laquelle il a frappé sa femme et sa fille, il a volontairement mis le feu à son lit, et malgré sa résistance, le commencement d'incendie a été éteint par ses voisins. L'avocat général a soutenu l'accusation en invitant toutefois le jury à accorder des circonstances atténuantes, et le défenseur a sollicité l'acquiescement en faisant valoir, d'une part la disproportion de la pénalité avec le fait reproché, de l'autre l'atténuation de responsabilité résultant de l'état alcoolique. Le jury a rendu un verdict affirmatif sur la question principale d'incendie, négatif sur la circonstance aggravante de maison habitée, et a accordé des circonstances atténuantes. La cour a prononcé une condamnation à cinq ans de réclusion.

Nous avons encore à analyser plusieurs rapports relatifs à des incendiaires, et nous poursuivrons cette étude dans notre prochaine revue.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 25 JUILLET 1881.

Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

- 1° Une lettre de M. le Dr Marchant remerciant la Société des témoignages de sympathie qu'elle lui a adressés à l'occasion de la mort de son père.

- 2° Une lettre de M. le Dr Linas remerciant la Société de l'avoir nommé membre honoraire.

- 3° Une lettre de M. le Dr Régis remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

- 4° Une lettre de M. Paul Moreau (de Tours), s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée contient :

- 1° Des devoirs de l'Etat pour l'assistance des aliénés. Discours d'ouverture de la section de psychiatrie du congrès périodique international des sciences médicales ; par le Dr. J. N. Ramaer.

- 2° Une autre brochure du même auteur, intitulée « Wisbepaling — Wetsbepaling! Eene antikritiek. »

- 3° Rapport sur l'asile de Meerenberg ; par le Dr. Van Persijn.

- 4° Le n° 7 du *Bolletino del manicomio privato Fiorentino*.

- 5° Le numéro de juillet 1881 de la *Razon de la sin razon*.

- 6° Le numéro de mai-juin de la *Cronaca del manicomio di Siena*.

- 7° Le numéro du 20 juin 1881 de *Marseille médical*.

M. CHRISTIAN. — J'ai l'honneur de déposer sur le bureau

de la Société une Thèse récemment soutenue devant la Faculté de médecine de Paris, par M. le Dr Girma, ancien interne de la maison nationale de Charenton.

Cette thèse a pour titre : *Hallucinations dans la paralysie générale*.

Vous savez qu'un certain nombre d'auteurs, et des plus distingués, nient la fréquence et même l'existence des hallucinations dans la paralysie générale. Il m'a semblé au contraire qu'elles y sont très fréquentes. C'est cette opinion que M. le docteur Girma a adoptée et cherché à démontrer.

Je regrette que, pressé par le temps, M. Girma n'ait pas pu donner à sa thèse tout le développement qu'elle comportait. Telle qu'elle est, c'est cependant un travail fort bien conçu, bien écrit, et dont l'auteur a su faire une œuvre très personnelle. Les observations ont été recueillies avec beaucoup de soin et d'attention. Pour la partie théorique M. Girma s'est inspiré des savantes leçons de notre éminent maître M. Luys et des travaux de M. Ritti. Je n'ai pour ma part que du bien à dire et de la thèse, qui a été favorablement accueillie par la Faculté, et de M. Girma, qui, pendant les dix-huit mois qu'il a été mon collaborateur, n'a cessé d'être un interne excellent.

Rapports de Candidature.

M. MAGNAN donne lecture du rapport suivant sur la candidature de M^{lle} Skwortzoff :

Vous avez nommé une commission composée de MM. Bouchereau, Motet et Magnan, chargée de présenter un rapport sur la candidature de M^{lle} Skwortzoff au titre de membre associé de la Société.

Le mémoire dont nous avons à vous rendre compte, dénote chez M^{lle} Skwortzoff une grande érudition, une application soutenue, un talent d'observation que l'on ne trouve en général que chez un clinicien déjà expérimenté.

Toutes ces qualités ont été mises à profit par le candidat dans sa thèse inaugurale sur « la cécité et la surdité des mots dans l'aphasie » (1).

(1) M^{lle} Nadine Skwortzoff, *De la cécité et de la surdité des mots dans l'aphasie*, Thèse de Paris, 1881.

On aurait pu croire que cette question de l'aphasie, déjà si brillamment traitée par tant d'esprits éminents, ne prêtait plus à une œuvre originale; Mlle Skwortzoff montre par son intéressante étude quels horizons étendus et nouveaux s'offrent à nous, non seulement sous le rapport sémiologique, mais encore au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologique.

Nous ne nous arrêterons pas sur les deux grandes variétés de l'aphasie, l'amnésie verbale et la logoplégie; l'auteur en donne plusieurs exemples très démonstratifs et se trouve naturellement conduit à rattacher la première à une lésion de la couche corticale, tandis que la seconde, la logoplégie, a pour siège anatomique les tractus fibreux et plus particulièrement le faisceau pediculo-frontal inférieur qui mettent en communication le centre cortical avec les noyaux moteurs bulbaires et plus particulièrement les noyaux de l'hypoglosse.

Les faits sur lesquels nous devons insister, se rattachent à ce que Kussmaul a désigné sous le nom de cécité et de surdité des mots, syndrômes qui ont leurs causes distinctes, leur existence indépendante, mais qui s'associent le plus souvent à l'aphasie. Dans la cécité des mots ou défaut de compréhension des signes de la pensée par l'écriture ou, plus simplement, perte de la faculté de lire, le sujet peut écrire spontanément ou sous la dictée, mais il est incapable de lire même ce qu'il vient d'écrire; il possède le langage intérieur, l'idéation graphique, c'est-à-dire l'idée et sa formule graphique, mais il ne peut plus par la voie de perception visuelle acquérir de nouvelles notions graphiques, le chemin de ces acquisitions graphiques par la vue est interrompu ou bien aboutit à une centre encéphalique qui ne fonctionne plus. Il y a cécité psychique.

Mais nous verrons qu'il est possible chez certains malades de mettre à profit une autre route, et, en s'adressant au toucher, par l'éducation de ce sens, comme chez les aveugles, à suppléer dans la couche corticale le centre perceptif visuel, déjà détruit, par le centre perceptif tactile, resté intact.

Des exemples feront bien comprendre ces différents troubles.

M. K. âgé de 65 ans, à la suite d'une attaque apoplectiforme, reste hémiplégique droit et aphasique.

Pendant plus d'un mois, il ne prononce que quelques mots et se fait comprendre par le geste plutôt que par la parole; peu à peu, il parvient à s'exprimer par phrases courtes, énonçant les verbes, les adjectifs, quelques pronoms, mais substituant le plus souvent le mot *chose*, *mâchin*, *machine*, aux différents substantifs ou aux noms propres. La paralysie droite subit une amélioration parallèle à celle du trouble du langage. Toutefois, au bout de trois mois, l'hémiplégie est encore assez prononcée; la commissure droite abaissée, et l'aphasie est des mieux accusées. M. X... ne peut désigner les objets par leur nom, mais les reconnaît parfaitement et en détermine bien l'usage; il s'impatiente parfois, faisant de grands efforts pour s'exprimer, et répète souvent: « Oh! mon Dieu! » Il ne reste pas étranger aux choses qui l'entourent et suit la conversation, s'y intéresse et paraît comprendre tout ce qui se dit. Il peut écrire soit spontanément, soit sous la dictée, mais lentement, avec peine, et contre son habitude fait quelques fautes d'orthographe.

Jusqu'ici rien d'extraordinaire, et nous nous trouvons en présence d'un cas d'aphasie vulgaire, de logoplégie. Mais voici le côté intéressant. Ce malade qui peut écrire, qui n'est pas agraphique, est incapable de lire, mais non seulement incapable de lire soit dans un manuscrit soit dans un livre, mais encore *il est incapable de lire ce qu'il vient d'écrire*. Dès que sur la demande du médecin, il avait rédigé lui-même son bulletin de santé, il le lui remettait disant: voilà! Sur l'invitation de vouloir bien en donner lecture, il fixait son pince-nez, devenait très attentif, regardait sa feuille et, après de vains efforts pour déchiffrer son écriture, rendait le papier, s'impatientant et ajoutant: « Ah! mon Dieu, je ne puis pas. » Il ne reconnaissait pas davantage et ne parvenait pas à nommer des lettres capitales ou des caractères anglais ou romains placés sous ses yeux, malgré les grandes dimensions données à ces lettres.

Chez une autre malade, une femme de 33 ans, paralysée du côté droit, aphasique avec cécité des mots, et qui écrivait sans pouvoir lire ce qu'elle venait d'écrire, M^{lle} Skwortzoff, avec une patience remarquable, est parvenue à obtenir la lecture des lettres et même des syllabes par le toucher. Au bout d'un mois d'exercice, à l'aide de caractères en relief, la malade reconnaissait par le toucher plusieurs lettres:

o, c; puis elle a appris les lettres l, t, u, b, etc. Ces lettres qu'elle nommait en les touchant du doigt, elle ne pouvait pas les reconnaître à la vue malgré l'absence de tout trouble de la vision. En général, elle apprenait très difficilement les nouvelles lettres, mais elle les réunissait facilement en syllabes. Parfois il suffisait de diriger son doigt sur la table en retraçant la forme d'une lettre pour qu'elle la nommât aussitôt. Le toucher et le sens musculaire suppléaient donc ici à la cécité psychique.

Il suffira de signaler la possibilité d'un testament écrit en entier et correctement de la main d'un individu qui notoirement était incapable de lire, pour faire ressortir l'importance pour le médecin légiste, de connaître le trouble si singulier dont s'accompagne la cécité des mots.

La surdité des mots ou surdité psychique dont l'auteur s'occupe ensuite, est le défaut de compréhension des mots, en l'absence, bien entendu, de toute lésion de l'organe de l'ouïe, chez un individu capable, d'ailleurs, de comprendre les mots écrits ou traduits par les gestes. Au premier aspect, ces malades pourraient être considérés, ainsi que l'a fait remarquer M. Baillarger, comme sourds ou aliénés, bien qu'ils ne soient en réalité ni l'un ni l'autre. Leurs réponses ne sont pas d'accord avec les questions qu'on leur adresse à haute voix, mais si leur intelligence n'est pas trop profondément atteinte, ils répondent aux demandes posées par écrit ou à l'aide de gestes.

Un examen attentif fait rejeter toute idée de surdité, car ces malades entendent les moindres bruits. Le tic-tac d'une montre, le bruissement d'une feuille, un chuchotement attirent aussitôt leur attention.

Plusieurs exemples bien choisis donnent une idée assez complète du phénomène.

Ces quelques considérations suffiront à faire comprendre la haute portée du travail de M^{lle} Skwortzoff et ce que son esprit d'investigation et son application permettent d'espérer pour l'avenir; d'ailleurs, elle se propose de poursuivre ses études sur les maladies du système nerveux et elle se souviendra certainement de l'accueil bienveillant que vous lui ferez et auquel vous convient les membres de la commission.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées et

Mlle Skwortzoff est, à l'unanimité des membres présents, nommée membre associé étranger.

M. MAGNAN. — Une commission composée de MM. La-sègue, Legrand du Saulle et Magnan, a été chargée par vous de présenter un rapport sur la candidature de M. Garnier au titre de membre titulaire de la Société.

Irrésistiblement attiré vers l'étude si intéressante, si variée dans ses aspects, de la pathologie mentale, préoccupé aussi, comme il le dit lui-même, dans la préface de sa thèse inaugurale, d'acquérir des connaissances suffisantes pour être à même, le cas échéant, de se prononcer avec quelque compétence sur ces questions si délicates de la séquestration et de la responsabilité criminelle, le Dr Garnier n'a rien négligé pour se rendre familières les données de la psychiatrie.

Le rapporteur de votre commission, qui, mieux que tout autre, a pu voir avec quel zèle il a poursuivi ce but, est heureux d'avoir à exprimer son opinion sur la demande qu'il vous adresse de faire partie de votre Société.

La thèse de M. Garnier est venue prouver qu'il avait su tirer profit des nombreux éléments d'instruction mis à sa portée au bureau d'admission de l'asile Sainte-Anne. « Des idées de grandeur dans le délire des persécutions, » tel est le titre de cet intéressant travail, entièrement basé sur l'observation clinique. Frappé de la fréquence relativement grande de l'intervention des conceptions ambitieuses dans le délire des persécutions, l'auteur a pensé avec raison qu'il y avait là matière à des considérations importantes et utilité de vulgariser ce point spécial de la pathologie mentale entrevu par Renaudin et Morel, que M. Foville, dans son mémoire sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs, a si bien contribué à mettre en lumière.

Après une description précise du délire des persécutions, M. Garnier s'applique à bien faire ressortir le mode de production des idées de grandeur chez le délirant persécuté, et à les différencier nettement des conceptions ambitieuses des paralytiques généraux. « Le médecin, dit-il, qui tient son malade en observation, pourra assister à la formation graduelle de ces nouvelles idées délirantes; elles ne s'annoncent pas bruyamment et, pour être interprétées à leur valeur, dès le début, il faut un observateur prévenu qui se

gardera de laisser passer, sans en prendre note, une manifestation nouvelle et singulière du désordre psychique : singulière, en effet, puisque c'est un délire à forme expansive qui vient se greffer sur un délire à forme dépressive. »

Quant à confondre ces idées ambitieuses avec celles de la paralysie générale, il suffit pour éviter cette erreur d'opposer la mobilité, la multiplicité, l'absurdité, la puérité, le fonds de démence en un mot de ces dernières, à la fixité, à la coordination des premières. Lorsque des conceptions orgueilleuses se montrent chez le persécuté, elles empruntent au délire des persécutions son caractère de systématisation. Que l'idée ambitieuse soit plus ou moins fantaisiste, qu'elle repose sur des données plus ou moins bizarres, elle est et reste telle... Qu'elle procède d'un trouble hallucinatoire, ou se forme de toutes pièces par la logique seule, la filiation naturelle des idées délirantes, elle va venir le pivot autour duquel tourneront toutes les conceptions malades. Il ne faudra pas attendre du persécuté mégalomane beaucoup de variantes dans son délire ambitieux. Le plus souvent au contraire, il reste revêtu d'une seule et même personnalité imaginaire. Il nous a appris qu'il est le descendant de telle dynastie. Dans un an, dans dix ans, nous le reverrons sous cette même incarnation.

Quelle est donc la signification, la valeur pronostique de cette complication ? se demande l'auteur. La réponse, selon lui, ne peut être douteuse. La seule constatation d'idées ambitieuses chez un délirant persécuté suffit pour déclarer le malade le plus souvent incurable.

Dès lors, on n'a plus simplement devant soi un délire de persécution, susceptible en certains cas de rétrocession, mais bien un véritable délire chronique avec toutes ses conséquences fâcheuses.

Parmi les autres publications de M. Garnier, je rappellerai un mémoire inséré dans la *Gazette hebdomadaire*, ayant pour objet un de ces faits curieux de coexistence d'un double délire chez le même sujet (1).

Il s'agissait d'un individu qui, après un vertige, le 16 oc-

(1) Garnier. Délire épileptique, coexistence chez un épileptique d'un double délire : l'un chronique, avec idées de persécution, l'autre de nature mystique, passager et consécutif aux attaques. *Gaz. heb.*, n. 9, 27 février 1880.

tobre 1879, était parti de chez lui, suivi d'abord par sa fille, puis avait couru dans la rue, et pénétrant dans l'église Saint-Roch, s'était mis nu déclarant qu'il allait monter au ciel. Déjà en décembre 1873, il avait été surpris par un sergent de ville, se déshabillant en pleine rue et arrêté sous la prévention d'outrage à la pudeur. . .

En 1873 pas plus qu'en 1879, il n'avait conscience de ces actes commis en public et sur lesquels on n'obtenait de lui que les dénégations les plus formelles. Son silence sur les accès consécutifs aux vertiges, contraste singulièrement avec sa prolixité dès qu'il s'agit de son délire de persécution : depuis longtemps on le vole, on l'injurie, on le poursuit, etc.

Chez ce malade à la fois épileptique et vésanique, s'exerce une double influence héréditaire, épilepsie de la mère, mélancolie suicide de la tante paternelle.

Un an plus tard, cet homme est encore ramené à l'asile à la suite de coups portés à sa maîtresse. C'est sous l'influence du délire de persécution qu'il a frappé cette fille et il s'empresse, dès son arrivée, de mettre en avant les griefs imaginaires qui l'ont poussé à cet acte de violence ; il s'est conduit ici absolument comme tout aliéné atteint de délire de persécution, de même que le scandale à Saint-Roch et l'outrage à la pudeur dans la rue avaient le cachet des actes inconscients de l'épileptique.

M. Garnier est en outre un collaborateur distingué des *Archives générales de médecine*, de la *Revue des sciences médicales*, de la *France médicale* — son érudition n'est pas au-dessous de ses connaissances cliniques, et ces qualités solides s'allient chez notre jeune et laborieux confrère avec une modestie à laquelle je me plais ici de rendre hommage.

La commission vous propose d'admettre M. Garnier comme membre titulaire de la Société.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et M. Garnier est nommé membre titulaire de la Société à l'unanimité des membres présents.

M. MAGNAN. — Vous avez chargé une commission, composée de MM. Motet, Bouchereau et Magnan, d'examiner les travaux de M. Briand, candidat au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. Briand est depuis trois ans interne à l'asile Sainte-Anne, mais depuis longtemps déjà, il s'était adonné à l'étude des maladies mentales; et préparé par de bonnes études théoriques, il a pu, dès le début de son internat, mettre à profit les faits variés soumis à son examen.

Parmi les observations nombreuses qui ont plus particulièrement attiré son attention, je signalerai un cas de mélancolie à impulsions multiples, nymphomaniacque, suicide, homicide et dipsomaniaque.

Il s'agit d'une femme qui, sous l'influence de l'éducation et, il faut le dire aussi, d'une tendance maladive à croire au surnaturel, entra dans un couvent de carmélites, après une longue lutte avec sa famille, qui voulait s'opposer à cette séquestration volontaire.

M^{me} M... fut d'abord une religieuse modèle, qu'on donnait en exemple aux nouvelles arrivées. Sa ferveur n'avait point de bornes, jusqu'au jour où elle s'éprit follement d'une novice sur laquelle elle se livra à des pratiques d'onanisme. A partir de ce jour, elle mena de front l'amour mystique du Créateur et l'amour charnel de la créature.

Le cilice et la discipline étaient insuffisants à réprimer les élans de la chair et, après trois ans de la vie monacale, la malade, jetant le froc aux orties, quittait le cloître pour la vie mondaine.

Elle ne tarda pas à se marier; elle eut à cette époque quelques idées vagues de suicide et présenta en outre de véritables accès de mélancolie avec impulsion à boire. Son mari, au lieu de chercher à entraver par un traitement médical cette disposition morbide, maltraita sa femme et l'abandonna ensuite après avoir dissipé sa dot.

Restée seule, M... eut de nouveau des idées de suicide et chercha même à se donner la mort, puis peu à peu les accès de dipsomanie se rapprochèrent et la malade, incapable de résister au besoin instinctif de boire, fut atteinte à plusieurs reprises de délire alcoolique consécutif à ses libations.

Elle était prévenue de l'accès par les prodromes classiques : serremments à l'épigastre, douleurs de tête, inappétence, nausées, insomnie, rien n'y manquait.

Quel que fût le soin que mettait cette femme à résister à son impulsion, elle succombait toujours dans la lutte. C'est ainsi qu'on la voyait tantôt mettre du pétrole dans son

eau-de-vie, tantôt entourer la bouteille de matières fécales. Elle buvait du vin, de l'eau-de-vie, même de l'eau de Cologne, faisant argent de tout pour satisfaire son penchant irrésistible.

Un jour, son frère, revenant de la campagne avec sa famille, s'arrêta à la barrière devant un bal de chiffonniers, et aperçoit M^{me} M. dans un état complet d'ivresse.

Profondément humilié à cette vue, il rédige à la hâte un billet qu'il lui glisse dans la poche. Le lendemain la malade trouve ces mots écrits par son frère: « Si tu as du cœur, tue-toi pour l'honneur de la famille. » Elle va aussitôt se jeter à la Seine (4).

M. Briand s'est attaché, dans ce fait, à mettre en parallèle les caractères de la dipsomanie et ceux du délire alcoolique, et à faire bien ressortir la différence capitale qui sépare le dipsomane buvant à époque fixe sous l'influence de sa maladie, et l'individu toujours disposé à boire qui acquiert son délire par les seuls excès de boissons.

Un deuxième observation est un cas rare de paralysie générale chez une femme de trente ans atteinte, dès l'enfance, de vertiges épileptiques. On sait que l'ictus épileptique et la congestion qui l'accompagne n'ont pas habituellement comme conséquence de provoquer une encéphalite interstitielle; sous ce rapport, il était intéressant de ne pas passer cette observation sous silence.

Nous entrons maintenant dans la partie la plus originale des recherches de M. Briand.

Une femme atteinte de délire aigu, et dont il publiait en 1879 l'observation, lui donna le sujet de sa thèse inaugurale qu'il rédigea depuis.

La malade, à qui il est fait allusion, a guéri de son délire aigu malgré l'intensité des phénomènes fébriles, et malgré deux complications survenues à la fin de l'accès: une parotidite et un érysipèle. La guérison s'annonça par l'apparition de quelques idées de persécution succédant à un délire absolument diffus; ces idées de persécution sont désignées par l'auteur sous le nom de délire de retour.

Dans l'historique de sa thèse, M. Briand indique les cou-

(4) Briand; Mélancolie impulsive, dipsomanie, *Mouv. méd.* 1879.

rants divers qui à l'heure actuelle se partagent encore l'opinion des cliniciens (1).

Frappé de la divergence des opinions émises sur cette question par les auteurs, dont les uns ne voulaient reconnaître dans le délire aigu qu'un symptôme, tandis que les autres y voyaient une entité morbide, M. Briand s'est efforcé de bien établir le diagnostic différentiel entre le délire aigu simple, ayant une existence propre, et le délire symptomatique d'une autre affection, notamment d'une fièvre typhoïde à forme ataxique, d'une fièvre éruptive, d'une pneumonie. Chez les malades excités, dont le délire est accompagné de fièvre, l'attention doit se porter sur les symptômes habituels des maladies dont il se rapproche le plus. Ces symptômes sont successivement étudiés au point de vue de leur marche, de leur enchaînement, de leurs rapports réciproques. Cette étude toute clinique, basée sur l'examen attentif du malade, permet d'éliminer les diverses maladies qui offrent quelque analogie avec le délire aigu et d'arriver ainsi avec certitude au diagnostic.

Pour être restreinte au cadre des maladies cérébrales, la question du diagnostic n'en est pas moins embarrassante dans certains cas; on peut écarter, il est vrai, toutes les maladies chroniques, celles qui se traduisent par des convulsions, de la paralysie ou du coma, celles enfin qui ne s'accompagnent d'aucune élévation de température.

Cette réserve une fois faite, il reste encore une série d'affections dont le délire parfois très actif présente des caractères spéciaux, telles sont: la manie, la mélancolie avec excitation, la méningite, l'encéphalite, le *delirium tremens* fébrile, la folie puerpérale et certaines formes de paralysie générale à marche rapide.

La difficulté augmente si la manie, la mélancolie, etc., s'associent à une phlegmasie dont l'examen approfondi devient presque impossible à cause de l'excitation. Dans ce cas, la marche de la température peut être d'un grand secours.

L'anatomie pathologique dans un état morbide considéré longtemps comme purement psychique, a été l'objet de l'attention particulière de l'auteur. Certains délires aigus

(1) Briand (Marcel); *Du délire aigu*. Thèse de Paris, 1884.

ne s'accompagnent, il est vrai, d'aucune lésion qu'on puisse retrouver à l'autopsie; mais ces formes sont rares, et, sans nier leur existence, M. Briand étudie surtout les cas dans lesquels il a pu retrouver des lésions anatomiques.

Ces lésions consistent, en première ligne, en une injection plus ou moins vive des méninges, plus accusée au niveau des scissures sylviennes, mais sans jamais atteindre l'inflammation suppurative.

Quelques points plus injectés peuvent également se trouver tant sur les lobes frontaux que sur les lobes postérieurs, sans que jamais l'auteur ait pu découvrir une relation de cause à effet entre sa lésion maxima et des troubles plus marqués de l'intelligence, de la motilité, de la sensibilité générale et spéciale. S'il insiste sur ce fait, c'est pour combattre la théorie qui attribue à l'irritation des méninges crâniennes l'excitation incessante qu'on trouve dans le délire aigu.

L'étude des localisations cérébrales, malgré le vague qui l'entoure encore, est aujourd'hui assez avancée pour qu'on puisse affirmer qu'à certaine région dont l'étendue est plus ou moins bien limitée, par exemple, pour n'en citer qu'une la circonvolution pariétale ascendante, correspond une fonction spéciale. Or, M. Briand donne d'une façon très complète l'observation d'un malade chez lequel, malgré l'irritation excessive des méninges en ce point, on ne remarqua aucun trouble dans la motilité.

Les lésions méningitiques ne doivent donc pas être considérées comme la cause du délire, mais bien plutôt comme une des conséquences de la maladie.

A l'état physiologique, le travail intellectuel s'accompagne d'un afflux sanguin dans les centres nerveux et cet afflux augmente avec l'effort développé.

Il est facile de comprendre combien alors il devra être intense chez un malade, en proie à cette hypéridéation permanente que présentent les individus frappés de délire aigu; il se transformera en véritable état congestif.

A côté de cette lésion, il en est une autre qui se manifeste par un changement de couleur de la substance grise, lésion déjà décrite par Calmeil.

On voit, en effet, cette substance prendre en certains cas une coloration spéciale liée à une modification circulatoire. A l'état frais, les vaisseaux capillaires apparaissent

remplis de globules sanguins, et lorsqu'on tombe sur l'un de ces vaisseaux d'un diamètre égal à celui des globules, on voit ceux-ci empilés et accolés, obstruant complètement le capillaire. Il n'y a pas de prolifération de globules blancs.

Cette hyperémie offre, dans son siège, une disposition qui n'avait point encore été décrite dans le délire aigu : elle débute par la couche moyenne de la substance grise, gagne la couche profonde et ce n'est qu'en dernier lieu qu'elle s'étend à la couche superficielle.

De cette disposition anatomo-pathologique il ressort qu'on ne saurait imputer à une irritation méningitique l'injection de la substance grise.

Les symptômes physiques qu'offrent les malades et leur aspect typhique, les rapprochent singulièrement des états septicémiques et laissent envisager à M. Briand la possibilité d'arriver un jour à leur explication rationnelle par l'examen du sang.

Cet examen n'a, il est vrai, accusé encore qu'une diminution dans le nombre des globules, cependant les altérations qui siègent en dehors du cerveau et de ses enveloppes, sont là comme preuve que le délire aigu, en admettant qu'il commence par un simple trouble cérébral, ne tarde pas à se transformer en une maladie générale à caractères infectieux. Une observation très intéressante de ce travail est celle d'une femme qui, à la suite d'un délire aigu d'une durée de vingt-cinq jours, eut, pendant sa convalescence, une pneumonie s'accompagnant d'un nouveau délire symptomatique, cette fois, de l'affection inflammatoire, délire qui disparut avec la pneumonie pour apparaître encore quelques jours après dans le cours d'une otite dont fut ensuite atteinte la même malade.

Les courbes de la température et du pouls pris pendant trois mois, montrent dans ce cas, d'une façon très manifeste, l'action apyrétique du sulfate de quinine et du salicylate de soude. La température qui depuis deux jours s'était élevée à 42°, baissa à 39° 4 après une première administration de salicylate.

Est-il besoin d'ajouter que, dans le traitement, l'auteur, conseille de laisser aux malades la plus grande liberté et s'élève contre la méthode qui consiste à camisolier ces malades pour les fixer plus commodément sur leur lit, il

recommande de leur laisser toute la liberté dont ils ont tant besoin pour faciliter le jeu de leurs fonctions respiratoires. La médication tonique et l'enveloppement dans le drap mouillé sont les meilleurs adjuvants du traitement.

Les travaux importants dont nous venons de donner une courte analyse, les exigences d'un service très actif, n'ont pas empêché M. Briand de collaborer à la *Revue des Sciences médicales*, aux *Archives de Neurologie*; et de publier dans différents recueils de médecine les comptes rendus de la société de médecine légale. Ce sont là les titres sérieux qui recommandent M. Briand aux suffrages des membres de la Société médico-psychologique.

Les conclusions du précédent rapport, sont adoptées et M. Briand est nommé membre correspondant de la Société à l'unanimité des membres présents.

M. CHARPENTIER donne communication du rapport d'une commission, composée de MM. Lunier, Bigot et Charpentier, sur la candidature de M. Lapointe, au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Messieurs, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique, M. le Dr Lapointe, médecin directeur de l'asile d'aliénés de Sainte-Catherine, à Moulins (Allier), a bien voulu nous communiquer sa thèse inaugurale sur la pneumonie chez les aliénés, et un rapport médical pour l'année 1876 sur l'asile public d'aliénés de Saint-Dizien (Haute-Marne).

Le rapport de notre confrère, gros de près de 80 pages, présente un double intérêt.

C'est tout d'abord un travail de statistique, fait avec une exactitude et un discernement tels qu'à la lecture on se prend à regretter de ne pas le voir s'étendre à des nombres plus considérables, étant données les aptitudes de l'auteur en ce genre de travail.

Aucun détail n'y est négligé : le nombre des aliénés, la forme de leurs placements, l'ordre de leur admission, leurs lieux d'origine, l'état civil, l'âge, les professions, les tempéraments, le degré d'instruction, l'hérédité, les causes déterminantes de l'aliénation, le traitement, les sorties, les récidives, les décès, tous ces éléments sont appuyés de chiffres et suivis de considérations qu'ils ont suggérées à l'esprit de notre confrère.

C'est surtout dans l'analyse des causes déterminantes des formes pathologiques que M. Lapointe a poussé aussi loin que possible son esprit de recherches, ainsi qu'en témoignent ses chiffres sur les effets de l'âge, le dénuement et la misère, l'onanisme et les abus vénériens, l'abus du mercure, les excès alcooliques, les vices congénitaux, les maladies propres à la femme, le passage de l'enfance à la puberté, l'épilepsie, les maladies du système nerveux, les coups, les chutes et autres causes physiques, la pellagre et maladies diverses, les excès de travail intellectuel, les chagrins domestiques, ceux résultant de la perte de fortune, d'une personne chérie, de l'ambition déçue, les remords, la frayeur, l'amour.

Mais tout ceci est encore le côté le moins intéressant du mémoire et ce qu'il nous faut surtout mettre en considération, ce sont les vues personnelles de l'auteur, vues exprimées avec une netteté qui nous permet d'autant mieux de les faire apprécier.

Nous citerons surtout celles auxquelles le Dr Lapointe nous a paru attacher le plus d'importance, en les prenant au hasard de la description.

Ainsi, à propos des lieux d'origine de ses aliénés, l'auteur conclut que la fréquence de l'aliénation mentale n'est pas en rapport seulement avec le chiffre de la population, mais augmente avec l'agglomération. Une population concentrée comme celle des grandes villes, fournit plus d'aliénés qu'une population du même chiffre plus disséminée.

A propos des professions, celles qui manipulent le fer fourniraient relativement peu d'aliénés; l'auteur se demande même si la manipulation du fer constitue une immunité contre l'aliénation mentale et autres affections du système nerveux.

Quant à l'hérédité, l'auteur ne la retrouve qu'une fois sur huit, mais il prend soin de faire remarquer que dans son service les renseignements ont manqué dans la moitié des cas, surtout pour les aliénés venus du département de la Seine ou de l'hôpital de Troyes.

Encore sur l'hérédité. Pour l'auteur, un délire subit chez un sujet jeune, sans causes appréciables, ou bien un délire partiel, ou encore des idées délirantes, nombreuses, disparates, avec hallucinations de plusieurs sens et surtout du goût, de l'odorat et du toucher, sans agitation ni dé-

pression bien marquées, de tels signes permettent de faire songer à l'hérédité.

Ailleurs, abordant la nosographie mentale, après avoir rendu hommage aux classifications d'Esquirol et de Pinel, M. Lapointe les trouve néanmoins bornées aux phénomènes purement psychiques et partant incomplètes. — Notre confrère propose un essai de classification qui donnerait, de chaque groupe qu'elle renferme une idée synthétique plus complète et qui par conséquent serait préférable.

Ainsi, deux grands groupes de folie :

1^o Folie névrosique, qui renfermerait les formes hyper- et hypo-sthéniques ;

2^o Folie symptomatique. Ce deuxième groupe comprendrait :

A. Les folies par lésions organiques proprement dites, état congestif du cerveau, méningo-encéphalites, tumeurs cérébrales, altérations de la substance du cerveau ;

B. Folie épileptique ;

C. Folie cataleptique ;

D. Folie hystérique ;

E. Folie par intoxication.

L'imbécillité, l'idiotie, le crétinisme étant caractérisés par un arrêt de développement des facultés ou par leur avortement, ne seraient pas des folies et n'entreraient pas dans le cadre de cette classification.

Ajoutons qu'après avoir présenté cet essai, notre confrère n'en tient pas compte dans l'exposé de ses aliénés qu'il examine suivant l'ancienne méthode : délire partiel, manie, lypémanie, démence, paralysie générale, folie épileptique, imbécillité et idiotie.

A propos de la manie hystérique, notre confrère écrit que l'hystérie ne constitue pas une entité morbide, qu'elle se confond avec le nervosisme quant au fond, qu'elle ne se spécialise que par des caractères qui ne détruisent pas sa nature.

Au sujet de la paralysie générale, M. Lapointe insiste sur la fréquence d'aliénés paralytiques vivant depuis 10, 15, 20 ans dans son asile. On aurait trop restreint le cadre de cette affection ; et, dans les asiles, beaucoup de cas qui lui appartiennent sont rangés ailleurs, suivant les manifestations purement psychiques qu'ils présentent.

Plus loin, l'auteur nous décrit très bien ses fous épilep-

tiques, tour à tour affables et prévenants, ou violents et emportés; et il insiste sur un signe qu'il aurait depuis longtemps déjà signalé, signe très fréquent, très important, et permettant, à défaut de beaucoup d'autres, de faire soupçonner l'épilepsie et qui consiste, lorsque l'épileptique parle, à étendre la paume des mains, en mettant l'avant-bras en supination et en arrondissant les coudes.

Quant au traitement, notre confrère tient un compte très grand du traitement moral, sans préjudice des autres moyens thérapeutiques; il est partisan des sorties de ses malades sous forme de promenades en dehors de l'établissement; il croit très possible de faire appel à la volonté de l'aliéné et de le rendre ainsi capable de se guérir. Tout en reconnaissant qu'il n'a jamais pu détruire le délire par le raisonnement; il est parvenu par ce moyen à ébranler la confiance que quelques malades mettaient dans certaines idées délirantes.

L'auteur termine son rapport par la relation d'un lipôme frontal assez volumineux chez un aliéné de vingt-six ans dont les idées de persécution s'étaient développées par suite d'un refus de mariage, fondé sur l'existence du lipôme. Opération, guérison de la plaie et amélioration du délire au point que le malade put être remis en liberté.

Le second travail du Dr Lapointe, qui en ordre chronologique devrait être le premier, consiste dans sa thèse soutenue pour le doctorat en 1863. Cette date et le titre du travail : « De la pneumonie chez les aliénés, » indiquent que, à cette époque, l'aliénation mentale constituait déjà les préoccupations de notre candidat.

C'est qu'en effet, depuis 1862, notre confrère, ancien élève de Gubler, est entré comme interne à l'asile de Fains où, l'année suivante, il devenait médecin adjoint. Nommé en 1866 médecin directeur de l'asile de Saint-Dizier, il remplit depuis trois ans les mêmes fonctions à l'asile de Moulins.

La longue expérience de notre confrère, ainsi qu'en témoigne son rapport que nous nous sommes permis de vous exposer un peu longuement en raison de l'intérêt que nous avons pris à sa lecture, prouve que pendant ce laps d'années, le Dr Lapointe a su éviter de se confiner exclusivement dans ses fonctions administratives et a toujours suivi les préoccupations scientifiques du moment.

C'est pour ces motifs que nous considérons qu'en le recevant parmi nous, notre Société sera heureuse de le posséder, et que votre commission a l'honneur de vous proposer l'admission de M. le Dr Lapointe comme membre correspondant de la Société médico-psychologique.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Je demanderai à M. Charpentier s'il a essayé de reproduire l'attitude que M. Lapointe donne comme caractéristique de l'épilepsie.

M. CHARPENTIER. — J'ai essayé, mais ne puis assurer d'y avoir réussi.

Les conclusions du rapport de M. Charpentier sont adoptées, et M. Lapointe est nommé membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. COTARD. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Lunier, Falret et Cotard, rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Rist, médecin directeur de la *Métairie* près Nyon (Suisse), au titre de membre correspondant.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat des facultés de Paris et de Strasbourg, M. Rist s'est fait connaître de bonne heure par des travaux qui touchent de près à notre spécialité. Sa thèse, qui a été l'objet d'une mention honorable de la Faculté, est le premier ouvrage qui ait fait connaître en France la loi psychophysique de Fechner.

La loi psychophysique, vous le savez, messieurs, consiste dans la détermination des rapports d'intensité entre le phénomène psychique *sensation* et le phénomène physique extérieur : *lumière, son, pesanteur*, etc., qui en est l'antécédent ordinaire.

En étendant la loi de Weber aux diverses sensations, Fechner a établi d'une manière générale, que deux excitants externes d'intensité différente produisent sur nous une sensation de différence qui reste constante quelles que soient les valeurs absolues de l'intensité des deux excitants, pourvu que leur rapport soit constant. Si l'on représente les deux excitants par 3 et 5, la sensation de différence sera la même que celle produite par des excitants représentés par 6 et 10, 9 et 15, etc.

Si, par exemple, on regarde au ciel deux nuages d'une teinte différente, puis qu'on interpose entre l'œil et le ciel des verres fumés qui ont la propriété de diminuer l'inten-

sité de la lumière, sans la modifier du reste, on remarque que la différence de teinte est après cette interposition tout aussi sensible qu'auparavant. C'est que l'intensité lumineuse de chacun des deux objets ayant été diminuée par exemple d'un tiers, le rapport est resté le même.

Il en serait tout autrement si l'on ajoutait aux deux intensités lumineuses une même somme de lumière; leur rapport serait changé et leur différence, quoique restant la même, ne produirait plus la même impression sur nous et pourrait même cesser d'être perceptible. C'est ce qui arrive lorsque le soleil se lève et fait disparaître les autres astres par la lumière qu'il répand dans toute l'étendue du ciel.

Les plus petites différences perceptibles entre deux excitants qui varient en gardant entre eux le même rapport, peuvent être représentées par une fraction de l'un ou l'autre des deux excitants, en sorte que des différences subjectives égales (les plus petites perceptibles) correspondent à des différences objectives très inégales.

C'est qu'en effet l'intensité de la sensation est loin d'augmenter proportionnellement à l'intensité de l'excitation. D'après des expériences ingénieuses et des déductions mathématiques que je ne puis exposer ici, le Dr Rist arrive avec Fechner à établir la loi suivante :

La sensation est dans chaque cas égale au logarithme du nombre qui mesure l'intensité de l'excitant externe, l'intensité positive la plus grande de l'excitant qui donne une sensation 0 étant prise pour unité d'intensité.

En d'autres termes, quand l'excitation croît suivant une progression géométrique : 1, 2, 4, 8, 16..., la sensation croît suivant une progression arithmétique : 1, 2, 3, 4, 5...

Lorsque l'intensité de l'excitant est inférieure à l'unité, son logarithme est négatif et représente alors les sensations inconscientes.

On pourrait, dit à ce sujet le Dr Rist, être tenté de considérer comme oiseuse toute considération sur les sensations inconscientes, mais ce serait à tort. En effet, nous sommes déjà, pendant toute cette période de l'accroissement de l'intensité de l'excitation externe, sous son influence; seulement nous n'avons pas conscience des états qui résultent pour nous de son action; mais cette action n'est pas

nulle et peut produire ou pour mieux dire produit certainement des modifications physiques en nous.

M. Rist avait soutenu sa thèse en 1869; il était retourné à Strasbourg, sa ville natale, où l'attendait un brillant avenir, lorsque survinrent les douloureux événements de 1870. Après la guerre, M. Rist alla s'installer à Lausanne; il dut passer des examens pour avoir le droit d'exercer dans le canton de Vaud et fournit, à cette occasion, un important mémoire sur la législation des aliénés. Il fut bientôt appelé à organiser l'asile cantonal nouvellement construit à Cery près de Lausanne, et y passa quatre laborieuses années; tout était à créer: la situation administrative de l'aliéné n'existait pas encore dans le canton de Vaud.

En même temps et malgré ces occupations absorbantes, M. Rist faisait, à la Faculté de Lausanne, un cours de médecine légale, dont la première leçon, publiée dans le *Bulletin médical de la Suisse romande*, mérite d'être signalée à votre attention.

Dans cette leçon, le Dr Rist a su présenter d'une manière neuve et judicieuse les questions de responsabilité, en s'efforçant de les détacher de leur alliance incommode avec le problème métaphysique du libre arbitre. Quelle que soit l'opinion que l'on professe au sujet du libre arbitre; qu'on le nie, qu'on l'affirme ou que l'on considère son affirmation et sa négation comme également indémontrables, on est obligé de reconnaître qu'à l'état normal, les déterminations volontaires sont précédées de certains phénomènes psychologiques.

A ce point de vue, le mot *libre* n'est plus qu'une épithète employée pour désigner le caractère normal de ces opérations mentales préliminaires. Leurs principales altérations sont passées en revue par le Dr Rist, qui établit une gradation depuis les actes des somnambules et des épileptiques, qui ne sont ni délibérés ni conscients, jusqu'à ceux de certains aliénés qui délibèrent longuement et profondément, mais dont la délibération est viciée par l'adjonction de données vésaniques.

L'aliénation, dit-il, l'absence de responsabilité se prouve en démontrant soit l'incapacité de délibérer avant un acte qui exigeait une délibération; soit l'impossibilité de faire entrer dans la délibération des motifs qui normale-

ment devraient y figurer; soit la viciation morbide d'un des éléments de l'acte par l'adjonction de phénomènes nouveaux, d'ordre franchement pathologique.

Je voudrais m'arrêter plus longtemps sur cet intéressant travail; je voudrais encore citer d'autres publications du Dr Rist, et, entre autres, une intéressante observation d'anorexie idiopathique publiée dans le *Bulletin de la Suisse romande*; mais je suis obligé de me borner et j'espère que, malgré l'insuffisance de ce compte rendu, j'aurai réussi à mettre en évidence la valeur de l'homme et de ses travaux.

La commission que vous avez nommée, messieurs, croit que vous vous associerez un collaborateur laborieux et utile en accueillant la demande de M. Rist et en lui conférant le titre de membre correspondant.

Les conclusions du rapport de la commission sont adoptées et M. Rist est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

Du délire fébrile chez les aliénés.

M. CHRISTIAN. — Le malade à propos duquel j'ai rédigé les courtes réflexions que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, a été un de ces types de persécutés chroniques comme vous en avez tous connus, comme il en existe dans tous les asiles. Son histoire ressemble à beaucoup d'autres, et, par elle-même, elle n'offre rien de spécial. Je la résumerai brièvement.

Il s'agit d'un ancien officier de marine, né en 1803, placé à Charenton depuis 1854. A l'époque où je l'ai connu (1879), c'était un beau vieillard, d'un extérieur distingué, soigneux de sa personne, haut de taille, et d'une vigueur tout à fait exceptionnelle pour son âge.

Son observation n'ayant pas été retrouvée, je n'ai rien appris ni sur les causes, ni sur le début de la maladie mentale qui avait nécessité le placement à Charenton; après un séjour assez long dans une autre maison de santé, M. X..., qui était, je crois, enfant naturel, avait reçu une éducation très soignée, et comptait de brillants états de service dans la marine. La folie dont il était atteint était une de ces *folies sensoriales*, dans lesquelles les idées de persécution, enchevêtrées avec les idées de grandeur, semblent

s'alimenter dans un trouble profond, général, de toutes les sensations, tant externes qu'internes, tant générales que spéciales, — mais où la sensibilité subjective paraît surtout profondément lésée.

M. X... est une victime du *magnétisme de police*. Depuis plus de soixante ans, il a été continuellement magnétisé. Les magnétiseurs interviennent dans ses plus secrètes pensées, dans ses moindres actions. Il finit par voir leur intervention non seulement dans tout ce qui le touche personnellement, de près ou de loin; mais peu à peu il généralise l'action de cette machine invisible qui « bouleverse » la société, produit les orages, les révolutions, les crimes, » les suicides, » tous les événements quelconques qu'il lit dans son journal ou qui se passent dans son entourage. Pendant les vingt-sept ans qu'il a passés à Charenton, M. X... a consigné, dans de volumineux cahiers et dans d'innombrables mémoires qu'il remettait journellement au médecin, toutes ses remarques à ce sujet. Je ne veux pas m'arrêter sur les idées de grandeur de notre malade; je tiens à signaler cependant que, pendant de longues années, il avait été en proie aux plus singulières illusions et hallucinations érotiques; on avait même observé chez lui des habitudes d'onanisme, et le fait est d'autant plus remarquable, qu'il existait chez M. X... un vice de conformation des organes génitaux, que je décrirai plus loin.

La santé de M. X... était excellente. De temps en temps cependant il était sujet à des indispositions légères, généralement fort courtes. J'en ai observé un certain nombre, et chaque fois je les ai vues accompagnées des mêmes symptômes. Le malade perdait l'appétit, il avait la langue blanche, des envies de rendre. Mais il était impossible de lui faire prendre aucun remède. « Vous n'y pouvez rien, docteur, ne manquait-il pas de me répéter; ils sont plus forts » que vous, ils peuvent donner toutes les maladies qu'ils » veulent; il y a longtemps qu'ils voudraient me tuer, etc. » Il se mettait alors à la diète, pendant quelques jours ne prenait que du lait, et tout rentrait dans l'ordre. Seulement chaque fois qu'un de ces malaises survenait, il avait pour résultat immédiat d'exaspérer le délire; les plaintes et les récriminations devenaient plus intenses, et tout ce qu'il éprouvait, M. X... le mettait sur le compte de ses persécuteurs. Le calme ne revenait qu'avec l'appétit.

Le 23 janvier 1884, M. X..., qui, la veille, s'était plaint de ne pouvoir manger, reste couché pour la visite : je constate une amygdalite intense : la muqueuse du pharynx est rouge, lisse, tuméfiée; il y a difficulté pour parler et pour avaler; la salive s'écoule par la bouche. Le malade fait ses divagations accoutumées; c'est à grand'peine qu'il permet qu'on l'examine. Cependant, comme il consent à prendre du lait, j'en profite pour lui administrer un émétique.

24 janvier. Même état. La nuit a été assez bonne; il y a eu plusieurs vomissements, la déglutition paraît un peu plus facile, mais le malade est plus tourmenté. Il refuse tout aliment et toute boisson. « Il n'est pas malade, c'est le magnétisme qui est cause de tout; ils veulent l'empêcher » d'avalier, ils l'ont fait vomir. »

25 janvier. Même état. Les magnétiseurs font les frais du délire.

26 janvier. Commencement d'érysipèle sur la joue gauche. Aphonie, lèvres fuligineuses, langue sèche, râpeuse; l'amygdalite n'a pas augmenté. La température s'élève à 39°,2, pouls à 120. En même temps, agitation; le malade se tourne sans cesse dans son lit, il ne prête plus aucune attention à ce qu'on lui dit, parle seul, profère des paroles incohérentes, mais qui n'ont plus aucun rapport avec ses préoccupations habituelles.

27 janvier. La nuit a été mauvaise, sans sommeil. Le malade ne tient plus en place, il n'écoute rien, répète le mot *bureau*, il veut son *bureau*; — l'érysipèle, malgré les applications de teinture d'iode, a envahi toute la face. Pouls, 120; température, 38°,8 le matin, 39°,6 le soir. L'inflammation du pharynx a diminué, cependant M. X... n'accepte rien de ce qu'on lui offre, lait, fruits, sirops, limonades, etc.

28 janvier. Même délire. Gonflement dans la région parotidienne droite. Le malade s'affaiblit : toute la journée le malade répète : « J'ai froid, du feu! du feu! » — Il est impossible de fixer son attention. Même état de la température et du pouls.

29 janvier. La température baisse, 38°,6 et le pouls est moins fréquent, mais l'état général ne s'améliore pas; toujours même délire, même agitation.

Les jours suivants, cet état se prolonge sans modifications

appréciables; l'érysipèle, après avoir envahi le cou et le cuir chevelu, pâlit; la peau se desquame. Le gonflement des parotides devient énorme et fait craindre un abcès. Cependant, vers le 4 février, la fièvre tombe, la température redevient normale; le gonflement parotidien lui-même a beaucoup diminué. Le malade est moins agité, mais il délire encore, et son délire reste incohérent et porte sur des idées, dont avant sa maladie il ne paraissait jamais préoccupé.

Le 7 février, la scène change brusquement, le thermomètre, qui était descendu au-dessous de 37°, remonte à 39°; le malade tombe dans le coma, la respiration s'embarrasse, et il meurt le 8.

AUTOPSIE. — Le crâne seul a pu être ouvert. Les os du crâne ont une épaisseur et une coloration normales. La dure-mère ne présente rien de particulier; en l'incisant, il s'écoule une petite quantité de sérosité limpide.

Sur l'arachnoïde et la pie-mère on remarque un certain nombre de taches laiteuses disséminées irrégulièrement, mais principalement sur les parties latérales des hémisphères cérébraux. Ces deux membranes sont infiltrées de sérosité; elles n'offrent aucune adhérence avec la substance corticale.

Tissu cérébral exsangue, infiltré de sérosité; les ventricules latéraux sont remplis d'une sérosité limpide.

La substance grise des circonvolutions est pâle et amincie.

Le cervelet est fortement injecté.

Le hasard fit découvrir un vice de conformation très remarquable, dont pendant la vie nous ne nous étions pas aperçus.

Le pénis est long et effilé à sa base; le gland est très volumineux, étalé. Dans le scrotum aucune trace de testicules. Une incision transversale, pratiquée à 2 centimètres au-dessus du pubis, permet d'arriver au niveau de l'orifice interne du canal inguinal: là, dans un cul-de-sac formé par le péritoine à l'entrée du canal inguinal, on trouve de chaque côté une petite masse arrondie, renfermant un testicule, dont la forme glandulaire est reconnaissable, même à l'œil nu; ce testicule est mou, pâle, du volume d'une noisette, et se continue avec un cordon vasculaire, dans

lequel on reconnaît l'épididyme et les canaux déferents; des lobes graisseux.

Quelques kystes fort petits, le plus gros n'atteignant pas le volume d'un grain de maïs: ces kystes contiennent un liquide incolore.

REFLEXIONS. — La malformation des organes génitaux chez un malade, dont la constitution était d'ailleurs exceptionnellement robuste, est assurément un fait curieux, et dont il serait intéressant de chercher le rapport avec les idées érotiques qui pendant de longues années ont dominé le délire. J'ai vu un certain nombre de persécutés chroniques, à délire érotique prédominant, qui étaient affectés de vices de conformation analogues; et je suis tenté de croire que ces vices de conformation, qui enlèvent au malade tout ou partie de sa virilité, ou qui l'entravent dans l'exercice de sa fonction génitale, forment un facteur important dans l'étiologie de la folie. C'est une question à étudier.

Mais ce n'est pas sur ce point que je me propose d'attirer votre attention. Mes remarques ont trait à la manière dont se comportent chez les aliénés les maladies incidentes aiguës, et l'influence qu'elles exercent sur le délire.

Lorsqu'une maladie aiguë survient chez un aliéné, il est assez fréquent qu'elle exerce une influence favorable, qu'elle détermine, soit une amélioration passagère, soit même la guérison définitive de la maladie mentale. Déjà Esquirol avait signalé le fait; un chapitre de son ouvrage est consacré aux *crises* dans l'aliénation mentale.

Dans certains cas, au contraire, la maladie incidente exaspère le délire. Souvent enfin, son influence paraît nulle.

Il me paraît logique de supposer que cette différence dans le mode d'action est soumise à certaines lois générales dont il s'agirait de dégager la formule. Il y a longtemps que je cherche ces lois, mais j'avoue que malgré le grand nombre de faits que j'ai recueillis, je ne suis encore arrivé qu'à des résultats contradictoires. L'observation que je rapporte vient elle-même à l'encontre d'un point qui me semblait définitivement établi. J'avais cru remarquer en effet que chez les aliénés atteints de folie sensoriale, toute affection incidente aiguë, — et en général toute sensation douloureuse accidentelle — a pour effet immédiat d'exaspérer le délire, de lui apporter un nouvel aliment, de

produire une excitation passagère, qui tombe, dès que la cause accidentelle a disparu.

Cent fois j'avais constaté le fait chez M. X., et même, pendant les premiers jours de la maladie qui devait l'emporter, les choses se passèrent comme d'habitude. Mais voilà que brusquement la scène change. Le thermomètre monte à 39° et aussitôt le délire, dont M. X. vivait, pour ainsi dire, depuis peut-être plus de cinquante ans, ce délire disparaît, d'une façon complète, et est remplacé par un délire fébrile qui n'a plus aucun rapport avec les préoccupations habituelles du malade, et qui ne diffère en aucune façon de ce délire fébrile que nous observons journellement chez les malades non aliénés. Il en a été ainsi jusqu'à la mort; un médecin qui n'aurait pas connu M. X., qui ne l'aurait vu que dans sa dernière maladie, n'aurait jamais pu deviner qu'il avait affaire à un aliéné.

J'imagine même que, si quelques heures avant la mort, les symptômes cérébraux avaient momentanément cessé de se manifester, s'il y avait eu une de ces périodes d'affaïssement, avant-coureurs de la fin, sans délire fébrile ni délire vésanique, l'on aurait pu se croire en présence d'un de ces retours à la raison *in extremis*, comme la légende en rapporte un grand nombre.

Quoi qu'il en soit, au point de vue des phénomènes cérébraux, la dernière maladie de M. X. a fait exception à la règle. Non seulement le délire vésanique n'a pas été exaspéré, mais il a même complètement disparu, et il a été remplacé par un délire fébrile, absolument différent, ne paraissant se rattacher à lui par aucun lien. Nous avons donc là une preuve nouvelle, que, dans leurs maladies aiguës, les aliénés peuvent délirer comme les gens d'une raison intacte et que le délire fébrile des uns n'offre aucune différence avec celui des autres.

Mais voici la difficulté :

Que chez un individu sain d'esprit une maladie aiguë détermine des troubles cérébraux plus ou moins graves, nous trouvons cela tout naturel. Nous comprenons ou nous croyons comprendre, qu'il se développe dans les hémisphères cérébraux cet état morbide particulier, organique ou dynamique, dont le délire est la manifestation extérieure.

Mais ici il en est tout autrement. On admet, et vous

savez que c'est l'opinion des maîtres les plus autorisés, « que le délire est, dans son essence, un seul et même phénomène; — que la distinction en délire vésanique et » non vésanique ne peut en aucune façon reposer sur une » différence dans la nature même du phénomène » (Foville, art. *Délire* du Diction. de Jaccoud, p. 18, t. XI). S'il en est ainsi, la maladie aiguë à laquelle M. X... a succombé n'a pas pu déterminer la lésion cérébrale en question : cette lésion existait depuis de longues années, puisque depuis de longues années le malade n'avait pas cessé de délirer. Comment peut-il donc se faire que, dans ses derniers jours, le délire ait si brusquement et si complètement changé d'apparence? Il faut croire évidemment qu'il y a eu une modification correspondante dans le cerveau. Mais de quelle nature? C'est ce qu'il serait bien difficile d'établir.

La lésion a-t-elle gagné des régions du cerveau qui jusque-là étaient restées indemnes? ou bien le délire fébrile, tout en restant identique au délire vésanique, se rattache-t-il à une *irritation* (c'est à dessein que je n'emploie pas le mot *inflammation*) plus intense du cerveau?

Toutes questions que je me borne à poser, sur lesquelles je n'apporte pas actuellement une solution. Si cependant il fallait que je me prononce, j'inclinerais vers cette opinion qu'entre le délire fébrile et le délire vésanique, la différence est beaucoup plus considérable qu'on ne l'imagine; je croirais volontiers que ce sont deux ordres de phénomènes entièrement distincts et différents. Et j'en verrais une preuve entre autres, dans cette possibilité des deux délires de se substituer si complètement l'un à l'autre.

Mais, messieurs, c'est là un point de doctrine trop important pour être traité incidemment. Je n'ai voulu aujourd'hui que vous soumettre une observation qui, à bien des titres, m'a paru intéressante. Je souhaite que vous en jugiez de même, et que ma communication trouve auprès de vous l'accueil bienveillant auquel vous m'avez accoutumé.

M. VOISIN. — J'ai vu aussi des malades semblables à celui dont M. Christian vient de nous communiquer l'observation; comme lui, j'ai été frappé de cette distinction entre le délire fébrile et le délire vésanique. Il me semble que la pathogénie seule donne l'explication de cette différence. Pour moi, je crois que le premier, c'est-à-dire le délire fébrile, est dû à l'hy-

péremie, tandis que le délire vésanique tient à des troubles spasmodiques. Il y a donc là une véritable différenciation de nature, qui explique la distinction si nette qui s'observe chez les aliénés entre leur délire vésanique et le délire qui peut se produire chez eux dans les maladies incidentes.

M. CHRISTIAN. — Cela revient à dire qu'il y a une différence complète entre le délire fébrile et le délire vésanique ; ce que j'ai d'ailleurs cherché à établir dans mon travail.

M. VOISIN. — Parfaitement.

M. LUY. — L'observation de M. Christian cadre, pour ainsi dire, complètement avec un fait analogue que j'observe depuis un grand nombre d'années. Il s'agit d'un de ces malades que je considère comme un véritable halluciné. Il est entouré d'ennemis, est tourmenté par l'électricité ; on lui envoie des décharges, surtout la nuit, pour le mettre en érection, etc. — Mais ce qu'il y a d'intéressant à noter dans les faits de M. Christian, ainsi que dans les faits analogues, c'est l'influence des malformations ou des troubles des organes génitaux sur la genèse du délire. Ainsi, comme exemple, je citerai celui d'un mélancolique atteint d'un hydrocèle enkysté du cordon. Eh bien, ce malade disait qu'on l'avait changé de sexe, qu'il avait un œuf mâle. — Je désirerais faire une dernière observation à M. Christian. Que pense-t-il de l'influence des maladies aiguës comme phénomènes critiques de la folie ?

M. CHRISTIAN. — Je crois qu'il y a des cas où une maladie aiguë, survenue dans le cours d'une folie, détermine une influence favorable ; mais il est très difficile de préciser les cas. Les résultats sont contradictoires. Ainsi, il m'a semblé que, dans les cas de manie aiguë, une maladie incidente, telle qu'un furoncle, un anthrax, une pneumonie, exerce le plus souvent une modification heureuse dans l'état mental. Cela est même vrai pour les accès de manie aiguë de la paralysie générale. Dans la lypémanie, au contraire, la maladie incidente paraît avoir pour résultat d'aggraver le délire. Mais, je le répète, la loi qui régit tous ces phénomènes est encore à trouver.

M. LUY. — Je demanderai encore à M. Christian pourquoi il n'a pas fait l'autopsie d'une manière plus complète ; il eût été important d'établir le poids du cerveau, constater s'il y avait une inégalité entre les deux hémisphères ; de voir si les circonvolutions n'étaient pas atrophiées, etc.

M. CHRISTIAN. — Je ne méconnaissais pas l'importance de toutes ces recherches et je regrette de n'avoir pu les faire dans le cas présent, les circonstances m'en ont complètement empêché ; et, d'ailleurs, ce n'est pas au point de vue de l'anatomie pathologique que j'ai rapporté cette observation.

M. VOISIN. — Au point de vue de l'influence des crises, j'ai eu l'occasion de faire quelques remarques intéressantes. Ainsi j'ai vu des aliénés de mon service chez lesquels l'affection mentale était suspendue pendant tout le cours d'une maladie incidente ; à Bicêtre, j'ai observé une dizaine d'épileptiques, ayant de trente à cinquante attaques par mois, n'en pas avoir une seule pendant tout le cours d'une maladie incidente. — A la Salpêtrière, j'ai eu plusieurs malades, atteintes de maladies incidentes, pendant lesquelles elles étaient devenues parfaitement lucides et racontaient la manière dont évoluait leur délire vésanique. C'est en me fondant sur cette théorie des crises, que j'emploie les révulsifs dans la paralysie générale.

M. DELASIAUYE. — A propos de l'intéressante observation qu'il vient de nous lire, M. Christian se pose plusieurs questions sur lesquelles il hésite à se prononcer. Un aliéné, intelligent, robuste, est atteint de délire partiel systématisé. Il contracte un érysipèle qui s'accompagne d'un délire aigu et auquel il succombe, huit ou dix jours après. Les idées fixes avaient disparu. Doit-on voir là une simple dérivation morbide, ou la substitution d'une forme délirante à une autre.

On connaît l'axiome : *Ex duobus doloribus simul abortis vehementior obscurat alterum*. La thérapeutique dérivative ou révulsive n'a pas d'autre basé. Ce premier effet semble indubitable. L'exanthème cutané, sa réaction violente sur le cerveau étaient bien de nature à masquer les symptômes de la monomanie, à en modifier, à en supprimer même les conditions psycho-cérébrales. Une jeune fille de vingt-quatre ans entre à la Salpêtrière en proie à une manie aiguë. Plusieurs semaines se passent sans notable allègement. Survient une gastro-entérite intense, avec une double congestion pulmonaire. Ventre tendu douloureux à la pression, vomissements ; pouls petit, fréquent, concentré ; pâleur générale. A demi prostrée, la malade avait recouvré une partie de sa lucidité. Deux applications, chacune de

vingt sangsues, font tomber les plus graves accidents. Autour des piqures, large cercle ecchymotique. Insensiblement la convalescence se prononce. Les tracés de l'affection mentale ayant cédé en même temps que les symptômes abdominaux et thoraciques, la sortie eut lieu environ deux mois après.

L'épilepsie offre fréquemment des exemples comparables. Dans notre traité (1854), où sont appréciées les cures opérées par Herpin (de Genève), certaines suspensions, sinon des guérisons définitives, nous ont paru dépendre moins du traitement employé que de maladies intercurrentes ou chroniques. A Bicêtre, il y a vingt-cinq ans, une quadruple épidémie sévit, en un court espace, sur cinquante-cinq de nos enfants : rougeole, scarlatine, état typhoïdique (peut-être scarlatine sans éruption), variole. Deux seulement moururent, appartenant, sur onze, à cette dernière catégorie. L'un était un obtus épileptique, presque toujours alité en raison de ses accès violents, qui se répétaient quotidiennement au nombre de quatre ou cinq. Pendant sa maladie, qui dura onze jours, il n'eut qu'une légère attaque, quelques moments avant sa mort.

A la Salpêtrière, vers 1865, quand je pris le service des épileptiques, se trouvait dans la division une jeune fille d'une trentaine d'années, forte, habituellement déprimée, obtuse, par suite d'accès anciens et rapprochés. Divers moyens avaient été employés sans résultat. Le bromure de potassium commençait à prendre faveur; on hésitait sur les doses, sa pureté était suspectée. Nous inaugurâmes des essais avec beaucoup de réserve. La malade en question était du nombre de celles qui y furent soumises. En cinq ou six semaines, nous montâmes progressivement de un à trois grammes. Elle et une autre éprouvèrent alors ce que nous considérâmes comme du bromisme, une véritable intoxication qui nous obligea à suspendre le médicament. Cette dernière se releva assez vite; chez notre malade, au contraire, la dépression, s'accroissant, prit soudainement des proportions alarmantes : affaissement profond, traits altérés, visage terne, perceptions confuses, en coïncidence avec une tuméfaction violacée dans la région du sacrum. En moins d'une semaine se creuse là une ulcération large et profonde qui semble le signal d'une fin imminente. Il n'en fut rien. Contre toute espérance, ce vaste foyer se modifie et mar-

che lentement mais sûrement à une cicatrisation définitive. Avec la santé revinrent l'expression naturelle de la physiologie et la vivacité intellectuelle. Une longue période se passa sans accès. S'en reproduisit-il plus tard ? Je le crois, sans pouvoir l'affirmer ; mes souvenirs sont confus à cet égard.

De toute évidence, le fait de M. Christian ne diffère point pathologiquement de ceux qui précèdent. Mais ce qui préoccupe spécialement notre savant collègue, ce serait, abstraction des phénomènes somatiques, la substitution d'une forme délirante à une autre. Il y a là, en effet, une condition psychologique peu appréciée et qui mériterait de l'être. On ne conçoit guère qu'un délire général se transforme en délire partiel systématisé. Ce qui se remarque quelquefois, c'est qu'autour de certaines impressions ou idées ayant prédominé, s'organise une croyance qui se fixe et survive. D'autre part, une agitation maniaque, hallucinatoire, etc., peut, comme chez un individu sain, se déclarer chez un monomane, sans corrélation entre l'une et l'autre espèce mentale.

A proprement dire, il n'y a de mutations naturelles qu'entre les formes générales soumises aux vicissitudes de l'état cérébral. La dépression suit souvent l'irritation et *vice versa*. Aussi voit-on, selon le plus ou moins d'excitation ou de plénitude vasculaire, à certaines heures, dans certains jours, se succéder ou alterner, même par périodes régulières, les divers degrés du délire aigu, de la manie ou des obtusions psychiques.

Ce qui a donné le change c'est que la stupidité, contestée même dans son degré profond, offre, descendant jusqu'à l'hébétéude, des intermédiaires nombreux, confondus longtemps et aujourd'hui encore avec le délire partiel. Quantité de prétendues lypémanies sont dans ce cas. Dans une leçon à Bicêtre, ayant démontré les conséquences de cette confusion, les élèves, quelques jours après, vinrent me signaler un malade de mon collègue Voisin, sujet aux alternances précitées et qui, actuellement, était dans une période de vrai délire systématisé. L'examinant avec eux, il me fut facile de les convaincre que, sur un fond vacillant, les idées tristes n'avaient ni la cohésion ni le logisme qui caractérisent ce délire.

Falret père avait noté une *folie circulaire*, que M. Bail-

larger a particulièrement étudiée sous le nom de *folie à double forme*. Excitation, dépression, tels sont les aspects sous lesquels se présenteraient les phases successives; ce qui exclut l'idée de monomanie. J'ai, néanmoins, soigné longtemps une dame dont le cas typique aurait pu occasionner une méprise. Le mal datait de six années. Sa vie se passait ainsi : état à peu près normal pendant vingt à trente jours, puis, quelquefois sans transition, horizon sombre. La figure devient mate, les lèvres se décolorent, le regard s'éteint; à peine si elle a le courage de prendre de la nourriture. Elle ne parle que pour exhaler des plaintes, se croyant ruinée, disant n'avoir plus ni argent, ni meubles, ni vêtements. Une maison à la campagne tombait en ruines, sans pouvoir être réparée. On expulsait son fils d'un domaine qu'il occupait. Elle rêvait mort et suicide. Le pouls, au fort de cette période, qui durait autant que la première, tombait à 50, 48, 46, 44. Température abaissée. Les oscillations étaient faibles, jusqu'au moment où la scène allait changer de caractère. Tout à coup, l'animation reparait dans les traits et sur le visage. La malade va, vient, bavarde, remue tous les objets, écrit lettres sur lettres, commande et met aux abois mari et serviteurs qui l'entourent. Cette agitation atteint bientôt le degré de la manie. Quand je la vis la première fois, criant, chantant, voulant s'échapper, on était obligé de la contenir. Le pouls remontant n'avait point dépassé 54. Le terme venu, dans un délai approximativement le même, elle rentrait plus ou moins rapidement dans les conditions normales. Tout ce que je pus obtenir en huit mois fut, par des stimulants ou des sédatifs à leur approche présumée, de restreindre et de modérer la torpeur et l'excitation. Le pouls se tenait entre 48 et 56. Dix ans après l'avoir perdue de vue, j'appris par hasard la mort récente du mari, décédé trois mois après eile. Il paraît que l'affection mentale aurait continué, mais dans des proportions beaucoup plus supportables. Elle avait soixante-neuf ans.

Le trait saillant ici, c'est le double changement morbide subi par le cerveau. Même nature, même expression symptomatique dans les périodes similaires. Rien de plus rationnel; mais cela ne tranche point la question pendante, relativement aux préoccupations tristes. Malgré l'apparence, avaient-elles le cachet de la monomanie? Nullement.

A l'inertie nerveuse répondait l'impuissance mentale. Dans les ténèbres de la pensée, voilée ou absente, les idées, éclo-sant au hasard, vagues, confuses sans enchaînement, ne constituaient qu'une pâle rêverie mélancolique. C'était en un mot, de l'engourdissement, de l'hébétude.

Bien différent est le cas du malade de M. Christian. A part ses convictions délirantes, il jouissait de ses facultés et de la santé générale. Un grave érysipèle se compliqua d'un délire aigu qui l'emporta en une quinzaine. Durant cet espace le délire spécial ne se serait point manifesté. Quel motif de supposer qu'il y ait eu remplacement de ce délire par l'autre? Alors que les idées saines semblaient elle-mêmes dans la tourmente cérébrale, par quel privilège aurait-il échappé au naufrage?

Le barrage est tangible. Levé, il est probable que les idées fausses auraient repris leur cours affaiblies peut-être ou momentanément éloignées par une sorte de révulsion locale.

Toutefois, au lieu du cas précédent, admettons une perturbation moins profonde, une simple manie, par exemple. Les monomanes ne sont pas *ipso facto* soustraits à l'influence des causes qui la produisent. Eh bien, le problème de la transmutation en offrirait-il plus de chances d'être résolu? Cette permutation est à la rigueur possible, mais l'élément manie ne suffirait pas seul pour en démontrer la réalité. Des sujets étrangers se succédant, voilà le mouvement de notre existence. On est à l'un, on n'est pas aux autres. Les croyances malades, à moins d'une tyrannie exclusive, ont aussi leurs heures ou leurs retours, amenés par l'émotivité directe du cerveau ou une circonstance occasionnelle. Or, quelle induction tirer de leur non-manifestation dans la manie? Y aurait-il substitution, obstacle ou antagonisme? Ce que rend sensible une analyse approfondie, c'est que la manie, ayant précisément pour effet de rompre la suite des idées, n'est pas moins inconciliable avec le délire systématisé qui, pour s'affirmer, a besoin d'attention et de raisonnement, qu'avec l'exercice de la syllogistique normale. Un individu s' imagine qu'on veut l'empoisonner; sa crainte surgit-elle au milieu d'un délire aigu ou maniaque, chose peu vraisemblable, n'avorterait-elle pas aussitôt, faute d'un enchaînement indispensable? A tort, on la croirait remplacée; elle subsisterait en puissance.

Touté règle, je le sais, a ses exceptions. La manie a des degrés. Il y a d'autres formes générales où l'enchaînement n'est pas complètement détruit. Insuffisant, boiteux; court, ce qui reste du pouvoir de syllogiser se met au service à la fois des idées sensées ou fausses. Il s'ensuit une dualité parallèle, que notre affectionné collègue M. Moreau (de Tours) a pittoresquement exprimée, en disant des malades qu'ils appartiennent à deux mondes : réel par le côté positif, imaginaire par le côté anormal. Tanquerel des Planches avait déjà signalé ce mélange de symptômes dans l'encéphalopathie saturnine.

On l'observe, en effet; dans la plupart des cas où la stupidité domine: tels les délires alcoolique, épileptique ou par intoxication; les stupidités moyennes ou légères, etc. On l'eût pressenti. L'explication est facile, et l'on ne comprend pas moins l'éventualité des déterminations fâcheuses auxquelles de sinistres suggestions peuvent conduire. Ainsi la simple excitation maniaque s'accuse moins par l'incohérence du langage que par la mobilité des conceptions, l'incongruité des propos, une conduite dissolue; des dépenses extravagantes, des achats ridicules, des provocations ou des agressions imprévues, etc. Qu'au milieu du concert la monomanie puisse donner sa note, loin que cela soit douteux; il est plutôt à présumer que, n'étant point contenues par le modérateur de la réflexion, les impulsions ou convictions délirantes exposeraient à des écarts insolites.

Dans les confusions à forme stupide (épileptique, alcoolique, etc.), les phases sont souvent variables. Il y a des paroxysmes et des rémissions. Inerte, sombre, soucieux, le malade, en ce dernier cas, a peine à dégager sa pensée. Ses réponses, quand on l'interroge, sont en général vagues, sans portée, quoique parfois justes sur divers sujets. Même alors, il n'est pas exempt de brusques et sinistres déterminations. Des suicides, des mutilations, des meurtres s'effectuent au moment où on s'en défie le moins. Dans les paroxysmes, le délire, basé sur de fausses sensations plus ou moins multipliées et actives, imprime à la physionomie un cachet très différent. Il se forme des scènes fantastiques, mal liées, auxquelles le malade croit assister et dont il subit l'influence, livré, selon leur nature, à toutes les violences et à toutes les terreurs. Des brigands viennent l'assaillir, il appelle au secours, fuit ou se cache, s'il n'entre en lutte.

Des voleurs tentent de pénétrer dans sa maison; il prend son fusil et le décharge sur ces fantômes. A l'aspect d'un incendie, il crie : au feu ! commande les pompiers, dirige les manœuvres; sa femme, en sa présence, se vautre avec des galants, il chasse les vauriens et immole l'impudique. On devine ce qu'entremêlée à ces chimères, une préoccupation monomaniaque pourrait produire.

Supposons enfin, s'entant sur un délire systématisé, une obtusion plus ou moins prononcée. Ce genre d'obscurité mentale, non rare, en impose volontiers pour de la monomanie. Les signes d'affaïssement dont il s'accompagne, on les attribue aux idées ou craintes imaginaires dont les malades sont obsédés. La charrue avant les bœufs. Elles l'aggravent, mais elles n'en sont pas la cause initiale, ayant au contraire avec lui une commune origine : l'inertie ou l'oppression cérébrale. Le voile plus ou moins épais répandu sur la pensée favorise l'éclosion d'impressions erratiques que l'esprit contrôle difficilement et dont une systématisation confuse l'étonne et le subjugue. Cela est si vrai qu'une cure s'opérant, ce qui n'est pas sans exemple, les conceptions fausses, peu consistantes, s'évanouissent en même temps que sa lucidité se rétablit. Cet effet est surtout prompt dans certaines prétendues lypémanies. Dans les stupidités légères, les croyances, où la marque du jugement est plus fermement empreinte, laisse des traces plus durables. Les délires systématisés sont autrement tenaces. On voit des malades qui, avec le temps, s'y résignent. En secret, la plaie subsiste. De sorte, pour en revenir au cas supposé, que la substitution de la forme préindiquée à la monomanie est peu admissible, qu'il n'y aurait là qu'une complication et que, l'obtusion dissipée, on verrait revivre les congestions délirantes, dont, pendant la coexistence des deux affections, l'expression aurait été seulement restreinte et modifiée par la concurrence des éléments propres à la phase stupide.

Les méfaits fournissent un dernier trait significatif. Meurtre, suicide, incendie, etc., que distingue-t-on ? Dans les délires généraux, y compris les paroxysmes de la pseudo-monomanie comparable à l'obtusion psychique, le passage inconscient de l'impulsion ou de la suggestion à l'acte. L'aliéné, dans son aveuglement, ne réfléchit ni aux conséquences ni à la moralité de la détermination. Souvent, au contraire, le monomane le raisonne et le veut... Déli-

bération erronée, folle sans doute, mais réelle. Il s'abstient, il ajourne. La dignité, la nécessité, le droit, sont même invoqués à l'égal des motifs ou considérations de l'état physiologique.

Cette opposition, si formelle, je l'établissais, dès 1859, dans une analyse du procès du séminariste Raimbaud, à Marseille. « Un fou persuadé qu'on l'empoisonne voit, disais-je, partout des substances délétères; il s'irrite contre ceux qui le contredisent, s'il ne les soupçonne de complicité. Ses actes, s'il en commet de répréhensibles, sont marqués au coin d'une *fatalité logique*. Dans le cas opposé, alors même qu'il apprécierait son état, le malade lutte contre un entraînement aveugle, irrésistible : la *fatalité* de la perpétration est *automatique*. »

Certes, nous ne saurions nous flatter de pouvoir un jour mettre à nu tous les arcanes de la psychologie normale ou morbide. Il semble du moins résulter des données qui précèdent que, si on est en droit de fonder quelques espérances à cet égard, c'est à la condition de s'appuyer sur une analyse rigoureuse.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Je tiens à rappeler ici que, dans mon livre sur le *Délire des persécutions*, ayant été amené à parler de la médication stibiée, j'ai dit que l'émétique ne pouvait pas être prescrit aux malades sans qu'on ne courût le risque de voir se développer presque aussitôt des craintes d'empoisonnement.

Quant aux malformations des organes génitaux, comme circonstance étiologique des idées de persécution, il n'est pas rare d'observer des jeunes gens qui, atteints de monorchidie, d'anorchidie, d'hypospadias ou de phimosis, se mettent tout à coup à désespérer de n'être pas « comme les autres » et qui sont conduits à des préoccupations hypochondriaques et à des idées de persécution et même de suicide. Il y a là un desideratum qui sera comblé un jour et qui viendra compléter le chapitre du délire des persécutions observé chez les enfants et les adolescents.

La séance est levée à six heures.

D^r ANT. RITTI.

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1884.

Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Des lettres de MM. Dally et Paul Moreau (de Tours) s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.2^o Des lettres de remerciement de MM. Briand, Garnier, Rist et de M^{lle} Skwortzoff, nommés membres de la Société dans la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

1^o Les numéros d'août, de septembre et d'octobre du « Bolletino del manicomio privato Fleurent. »2^o Les numéros 53, 54 et 55 de la « Razon de la sin Razon. »3^o Le n^o 4 de la « Cronaca del manicomio di Siena. »4^o Une brochure de M. le professeur Schlager de Vienne, intitulée : « Zur Frage ueber den Einfluss des blauen Lichtes auf Geisteskranke » (Contribution à l'étude de l'influence de la lumière bleue sur les aliénés).5^o Deux brochures du D^r Brosius intitulées : « Aus meiner psychiatrischen Wirkzamkeit. »

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. Garnier, nommé membre titulaire dans la dernière séance, et M. Mordret, membre correspondant, assistent à la séance.

Antonomasie et aphasie.

M. BOURDIN fait hommage à la Société d'une brochure intitulée : *Antonomasie et aphasie*. L'antonomasie est, d'après lui, un état de maladie dans lequel le malade, jouissant, en apparence, de l'intégrité de ses facultés intellectuelles et du libre usage des organes de la parole, ne peut faire concorder les mots qu'il prononce avec les idées qu'il conçoit.

Ce terme vient d'un mot qui a déjà cours dans la rhétorique sous le nom d'antonomase. Celle-ci est une figure par laquelle on désigne une personne ou une chose, en

substituant au nom propre de cette personne ou de cette chose, un nom commun ou une périphrase. Ainsi dire la maison de Molière pour la Comédie-Française, c'est faire une antonomase.

Cet état morbide, l'antonomasie, se distingue de l'aphasie en ce sens que l'aphasique ne peut prononcer aucune parole, tandis que l'antonomasien jouit de la faculté d'exprimer des mots et même des phrases.

M. FALRET ne voit pas en quoi peuvent différer les antonomasiens et les aphasiques. Les uns et les autres emploient des mots, souvent toujours les mêmes, pour exprimer toutes les idées; ils substituent donc au véritable nom d'une chose qu'ils veulent dire, un autre mot.

M. BOURDIN fait observer que, si l'aphasique a une idée qu'il ne peut ensuite exprimer, l'antonomasien, au contraire, à l'idée, mais l'exprime par une périphrase.

M. LÉVY veut bien admettre qu'il y a des malades qui, ne trouvant pas le mot propre, emploient alors des périphrases; mais il existe aussi des aphasiques qui, voulant dire un mot, en disent un autre et par conséquent n'arrivent pas à exprimer ce qu'en réalité ils veulent dire. C'est ce phénomène que j'ai cru devoir désigner sous le nom d'*ataxie verbale*.

M. CHARPENTIER. — Par l'antonomasie, on semble vouloir parler de ce défaut que présentent certaines gens qui abusent de la périphrase. Je préférerais donc qu'on appliquât ce mot à ce genre d'affectation de langage qu'à une variété de l'aphasie.

M. BOURDIN insiste sur la distinction qu'il a indiquée dans son travail. Il reconnaît qu'il est nécessaire, dans ces troubles de langage, d'établir des groupes. Ainsi, il a observé un malade qui avait perdu tous les mots de la langue française, excepté les substantifs. Lorsqu'il voulait manifester sa pensée, il dénommait une personne ou une chose. Sur ce simple indice, on cherchait à découvrir la véritable pensée. On avait fini par trouver une série d'expressions qui étaient bien comprises. Le nom du cocher signifiait que le malade voulait aller en voiture; le nom de la cuisinière qu'il voulait manger. Chaque jour, le petit vocabulaire prenait de l'extension. Mais il arrivait souvent que le mot prononcé n'avait aucune analogie avec la conception du malade. Alors l'embarras devenait extrême. Un

certain jour, le malade jetant les yeux sur moi, dit : « *fenêtre*. » Les interprétations les plus variées ne pouvaient le satisfaire. Une personne présente prononce, par hasard, le mot « *porte*. » Le malade s'écrie avec joie : « oui... porte. » Il voulait me faire une politesse en m'invitant à traverser le parc et à sortir par une *porte* qui abrégait mon chemin. Quand le mot prononcé par le malade n'était pas compris par sa femme ou par les gens de service, le pauvre malade s'animait et s'irritait, quelquefois il était anéanti et désolé de son impuissance.

M. FALRET admet qu'il existe des degrés et des nuances dans l'aphasie. Mais quant à admettre que le fait cité par M. Bourdin ne soit pas de l'aphasie mais de l'antonomasie, cela lui semble difficile. Cette observation est, en effet, un véritable cas d'aphasie ; le malade sait très bien qu'il emploie un mot à la place d'un autre et, lorsqu'il s'aperçoit qu'il se trompe, il se mécontente, se met en colère, etc. C'est là le fait de tous les aphasiques.

La médecine mentale au Congrès de Londres et l'asile d'Etat de Broadmoor pour les aliénés criminels

M. MOTET. — Messieurs, vous nous aviez fait l'honneur de nous charger, M. le professeur Lasègue, M. le professeur Ball, M. Foville et moi, de vous représenter au Congrès international de médecine tenu à Londres au mois d'août dernier. La section de médecine mentale dans laquelle nous étions inscrits a beaucoup travaillé, et vous avez pu voir par le compte rendu de M. Foville, publié dans vos *Annales*, quelle avait été l'importance des travaux de cette section. Je n'ai pas à revenir sur eux aujourd'hui, mais j'ai le devoir de vous dire combien a été cordial, sympathique, l'accueil que nous avons reçu de nos confrères d'Angleterre.

Parmi les visites que nous avons pu faire aux asiles d'aliénés, il en est une qui avait pour nous un intérêt tout particulier, je veux dire la visite de l'asile des aliénés criminels de Broadmoor. M. le Dr Orange et M. le Dr Nicolson nous ont mis au courant de nombreux détails, nous ont conduits dans tous les quartiers, et si vous me le permettez, je vous rendrai compte de cette excursion, je vous ferai connaître l'administration de cet asile d'Etat, qui, dans sa destination spéciale, diffère de tous les autres asiles d'An-

gleterre. (V. *Annales médico-psychologiques*, n° de novembre 1881.)

Il nous reste, messieurs, à vous faire une proposition qui, nous en sommes sûrs d'avance, sera favorablement accueillie par vous. Nous avons vécu avec des savants qui, en toute circonstance, nous ont témoigné les sentiments d'une vive estime pour la Société médico-psychologique de Paris. L'honorable M. Hack Tuke, que vous connaissez tous, a parlé de notre Société dans les termes les plus élevés, dans son discours à la séance annuelle de l'Association médico-psychologique d'Angleterre. Nous avons l'honneur, nous, vos délégués, de vous demander de recevoir à titre d'associés étrangers, quelques-uns de ces confrères qui sont l'honneur de la médecine mentale en Angleterre.

Ce sont :

MM. Crichton-Browne, visiteur du Lord chancelier pour les asiles d'aliénés.

Savage, médecin en chef de l'asile royal de Betlem.

Clouston, médecin en chef de l'asile royal de Morning-side, à Edimbourg.

Gasquet, médecin en chef de l'asile privé de Saint-Georges-Retreat.

Wood, médecin de l'hôpital Saint-Luc et directeur de l'asile privé du Prieuré.

Orange, médecin en chef de l'asile d'Etat de Broadmoor, pour les aliénés criminels.

Nicolson, médecin adjoint de l'asile de Broadmoor.

Rayner, médecin en chef de l'asile d'Hanwell.

Shaw, médecin en chef de l'asile de Banstead.

Rutherford, médecin en chef de l'asile de Lenzie près de Glasgow.

Les conclusions de M. Motet sont adoptées et MM Crichton-Browne, Savage, Clouston, Gasquet, Wood, Orange, Nicolson, Rayner, Shaw et Rutherford, sont, par acclamation, élus membres associés étrangers de la Société.

La séance est levée à six heures.

D^r ANT. RITTI.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ANGLAIS

Le mental science

(2^e trimestre 1879.)

Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS.

Arthur Mitchell. — *Contribution à l'étude de la mortalité moyenne des asiles.*

P. Maury Deas. — *Cinq ans de statistique.*

F. Algernon Chapman. — *De l'influence de l'âge, du sexe et du mariage sur la prédisposition à l'aliénation mentale.*

Geo. H. Savago. — *Usage et abus de l'hydrate de chloral.*

Frederick Needham. — *De l'alimentation forcée.*

Fletcher Beach. — *Notes sur une visite à l'école d'idiots de la Haye (1).*

A. R. Urquhart et William Samuel Tuke. — *Deux visites à l'asile du Caire, 1877 et 1878.*

Notes et cas cliniques; notes du trimestre; revue; notes et nouvelles.

Ce numéro contient plusieurs mémoires de statistique. Nous en finirons tout d'abord avec le « *rudis indigestaque moles*, » pour parler comme le D^r Algernon Chapman, et nous allons rendre compte successivement de ces diverses études, en insistant moins sur les chiffres que sur les conclusions pratiques qu'ils imposent. Mentionnons d'abord un travail fort court mais intéressant du D^r Arthur Mitchell, sur la mortalité des asiles d'Ecosse, comparée à celle de la population générale. Il a eu soin de se mettre à l'abri, pour ces recherches, d'une cause d'erreur généralement commise. Il a éliminé, dans la population générale, les décès de personnes âgées de moins de dix ans. Il

(1) On trouve des renseignements très complets sur cet asile dans le numéro de janvier 1880 des *Annales médico-psychologiques* (Billod. — *Visite à quelques asiles d'aliénés ou d'idiots de la Hollande*). Aussi, avons-nous cru inutile de parler du mémoire du D^r Fletcher Beach qui traite le même sujet.

n'existe pas, en effet, dans les asiles, d'individus de cet âge, et il en meurt dans la population générale dans la proportion de 25 p. 100. Ils ne doivent donc pas figurer dans cette étude comparative.

Il a trouvé alors que la mortalité est de 8,3 p. 100 dans les asiles, tandis qu'elle est seulement de 4,7 p. 100 dans le pays. Les calculs de M. Mitchell se basent sur le chiffre de 3,800 décès survenus en sept ans, de 1870 à 1876, dans les asiles d'Ecosse, avec une population moyenne de 6,421 aliénés durant cette période. Dans les tableaux que nous avons sous les yeux, les chiffres de mortalité dans les asiles et la population sont indiqués parallèlement aux différents âges et par périodes quinquennales : de 10 à 15 ans, de 15 à 25, de 25 à 30, etc., jusqu'à l'âge de 40 ans. Voici les enseignements que l'auteur a pu tirer de ce travail :

Dans les asiles, la mortalité est sensiblement la même à tous les âges jusqu'à cinquante ans, excepté chez les aliénés de vingt-cinq à trente, où elle est plus faible. Pour la population générale, elle augmente graduellement de dix à cinquante, et les chiffres correspondant aux périodes quinquennales suivent une progression géométrique. Après cinquante ans, l'augmentation du chiffre des décès est générale, mais elle est irrégulière dans les asiles, tandis qu'elle est régulière parmi la population libre. Une colonne spéciale indique le rapport de la mortalité des asiles à celle de la population. Cette proportion est d'autant plus faible que l'âge est plus avancé. Ainsi, tandis qu'elle est de 10 1/2 pour la période quinquennale de 10 à 15 ans, elle n'est plus que de 2 1/2 chez les vieillards de 75 à 80. Dans la même page on trouve quel est le nombre d'individus d'un âge donné qui fournissent un décès, dans la population normale et dans les établissements d'aliénés. Ce nombre est, cela se conçoit, bien plus considérable dans la population normale où un décès est fourni par 172,7 individus de 10 à 15 ans, que dans les asiles où il se réduit à 46,4 pour les aliénés du même âge.

Dans un grand tableau annexe, la même méthode a été appliquée à la statistique de la mortalité dans les divers établissements d'aliénés. L'examen de ce travail, dont nous devons négliger les détails, conduit à cette conclusion importante : que l'accroissement des décès est sensiblement le même dans les asiles royaux, de districts et de paroisses, considérés séparément ; et que l'on peut faire pour les catégories isolées de

malades, les mêmes remarques que pour la masse des aliénés, en réservant toutefois les quartiers des poorhouses, dont la population est trop faible pour entrer en ligne de compte.

A la réunion d'avril 1878 de la Société médicale d'East Cheshire, le Dr Maury Deas, directeur de l'asile de Macclesfield, a lu un mémoire intéressant dans lequel il a consigné le résultat des observations statistiques faites dans sa province pendant cinq ans, de 1872 à 1876 inclusivement. Avant d'écrire son travail, l'auteur a laissé s'écouler une année après l'admission du dernier malade à l'asile. Cette excellente précaution lui a permis d'arriver à des résultats plus certains, en ce qui touche le chiffre des guérisons et la détermination des causes des décès. Bien que les chiffres contenus dans le travail de M. Maury Deas manquent d'intérêt pour nous, il convient d'en citer quelques-uns pour faire apprécier la bonté de la méthode adoptée par ce confrère. Le nombre total des admissions pendant ces cinq années, à l'asile de Macclesfield, a été de 505 dont 274 hommes et 231 femmes. Mais, pour avoir la production actuelle de l'aliénation mentale dans le district, il importe de retrancher de ce nombre les réadmissions au nombre de 30 (19 hommes et 11 femmes) et les aliénés qui ont eu des accès antérieurs. Leur nombre étant de 55, il en résulte que le chiffre définitif des admissions, ou plutôt des cas nouveaux d'aliénation mentale pendant ces cinq ans, est de 420 sur lesquels on compte 237 hommes et 183 femmes. Cette première opération a mis en évidence la prédominance de l'élément masculin dans l'asile. Contrairement à ce qui s'observe, on serait porté à admettre, d'après les réadmissions, que les rechutes sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, le fait est inexact, car si on ajoute aux aliénés admis plusieurs fois à l'asile ceux qui ont eu des accès à des époques plus ou moins éloignées, on obtient le nombre vrai des rechutes (33 hommes et 45 femmes) qui indique une fréquence moins grande que dans le sexe féminin.

M. Maury Deas s'occupe ensuite des divers types d'aliénation observés à l'asile, et constate qu'un tiers des malades admis étaient frappés d'affections incurables (folie épileptique, paralysie générale, aliénation résultant d'une altération organique ou sénile du cerveau, folie congénitale). L'incurabilité est plus fréquente chez les hommes où se voient un plus grand nombre de cas de paralysie générale, un cinquième du nombre

total des admissions. Si, à ces cas incurables, on ajoute les malades chroniques, qui, au moment de leur entrée, ne donnaient aucun espoir de guérison, on constate que le nombre des malades considérés comme curables est de 286, savoir : 130 hommes (50 p. 100) et 156 femmes (70 p. 100.)

Malgré la difficulté qu'on trouve dans la recherche des causes, M. Maury Deas a été assez heureux pour les déterminer chez 368 malades, 195 hommes et 73 femmes. Sans entrer dans des détails qui nous entraîneraient trop loin, nous devons noter la prédominance des causes physiques et constitutionnelles sur les causes morales qui ne figurent dans cette statistique que pour une proportion d'un quart. Ces dernières paraissent avoir une fréquence égale dans les deux sexes. Parmi les causes physiques, l'intempérance s'observe plus souvent chez l'homme (46) que chez la femme (49). Les autres troubles de la santé physique, en y comprenant les affections appartenant au sexe, sont un élément étiologique plus important chez la femme. On l'a constaté chez 63 aliénées, tandis que 27 hommes seulement ont perdu la raison à la suite de perturbations dans leur état physique.

Le tableau qui fait suite indique le mouvement des 475 aliénés en observation pendant les cinq années. Le résultat général est que les trois quarts des malades ont été éliminés par sortie ou par décès. Le dernier quart constitue ce que notre confrère nomme le *résidu* : c'est la population fixe de l'asile. Il comprend 119 malades, parmi lesquels 65 hommes et 54 femmes, atteints d'affections incurables d'emblée ou chroniques.

Sur les 286 malades considérés comme curables, 23 p. 100 parmi les hommes, 12 p. 100 parmi les femmes, ont résisté au traitement. Restaient 100 hommes et 136 femmes, sur lesquels 82 hommes et 110 femmes ont guéri, les autres ont succombé ou sont sortis avant guérison. Les résultats heureux ont été plus nombreux chez les femmes (50 p. 100) que chez les hommes (30 p. 100); mais cette proportion est basée sur les cas curables seulement. Si on leur ajoute les malades atteints d'affections organiques, elle devient sensiblement la même. La nature plus fâcheuse des types d'aliénation chez les hommes est démontrée, d'une façon saisissante, par l'examen de la mortalité. Sur 255 hommes admis durant ces cinq années, 93 sont morts, tandis que 47 femmes seulement sur 220 ont succombé pendant cette période. L'auteur explique cette dif-

férence par la fréquence plus grande (60 p. 400) des affections cérébrales chez les hommes. Les autres causes de décès se présentent dans les deux sexes à proportions égales. Enfin les différences observées chez les hommes et les femmes pour les guérisons d'une part, les décès de l'autre, paraissent se compenser rigoureusement, puisque le résultat final, *le résidu*, est le même partout (25 p. 400).

La deuxième partie de ce travail traite de la distribution de l'aliénation mentale dans les cinq réunions d'Altrincham, Abston, Congleton, Macclesfield et Stockport. Elle est dépourvue d'intérêt pour le lecteur, et nous en retiendrons seulement le fait principal qui en découle : Dans une zone de pays peu étendue, de grandes variations locales ont été observées dans la production de l'aliénation mentale, tant au point de vue du sexe et des types morbides que de la mortalité.

Le troisième mémoire a pour auteur M. Algernon Chapman. C'est une analyse des tableaux statistiques contenus dans le 32^e rapport des inspecteurs de l'aliénation mentale, *rudis tagestaque moles*, comme il les appelle, quand ils n'ont plus un intérêt d'actualité. Notre confrère en déduit des renseignements utiles sur l'influence de l'âge, du sexe et du mariage sur la production de la folie. Nous détachons de ce travail l'excellent résumé qui le termine.

Le nombre des malades envoyés dans les asiles s'accroît jusqu'à l'âge de trente-cinq ans, où l'on constate que douze individus sur dix mille âmes de population sont annuellement placés dans des maisons d'aliénés. Après cet âge, la proportion diminue graduellement jusqu'à la vieillesse, où elle n'est plus que de dix pour dix mille. Si, au lieu de noter l'époque de l'admission, on se rapportait à la première attaque, et si on plaçait dans une catégorie séparée les aliénés atteints plus ou moins congénialement, on constaterait une prédisposition uniforme à l'aliénation mentale pendant toute la durée de la vie, à partir de trente, sinon de vingt ans.

L'aliénation mentale atteint plus fréquemment les hommes que les femmes, entre vingt et quarante ans; après soixante ans, les hommes y sont un peu plus sujets. Entre quarante et soixante ans, se manifeste une légère prédominance chez le sexe féminin. Cette prédominance est plus marquée, si l'on écarte les cas de paralysie générale. Aux autres âges, les deux sexes sont également éprouvés.

3.5 p. 400 (4 sur 30) des individus qui atteignent l'âge de vingt ans finissent par devenir pensionnaires des asiles, mais avec une déduction d'environ 3.5 p. 400 à cause des réadmissions et des transferts.

De vingt à soixante-dix ans, les célibataires sont à peu près trois fois plus sujets à la folie que les gens mariés; les veufs occupent un rang intermédiaire. Au-dessus de soixante-dix ans, l'égalité qui s'est déjà dessinée à quarante, est complète. Au-dessous de vingt ans, fait curieux, les personnes mariées sont plus souvent frappées d'aliénation que les célibataires.

Il est à peu près certain que le nombre plus grand de célibataires aliénés est moins imputable au célibat comme cause d'aliénation mentale, qu'à l'aliénation elle-même (ou à la prédisposition à en être frappé) qui serait un obstacle au mariage. Parmi la population générale, près d'un centième des célibataires âgés de vingt à trente ans et 3 p. 400 entre trente et quarante présentent des déficiences mentales qui déterminent tôt ou tard leur séquestration.

La paralysie générale est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, mais à l'âge de cinquante ans, époque de la fréquence *maxima* de la maladie, cette différence est alors le moins sensible.

Contrairement à la folie simple, la paralysie générale est à peine plus fréquente chez les célibataires que chez les hommes mariés; cela tient sans doute à la rareté relative des déficiences congénitales chez les paralysés généraux.

Beaucoup plus souvent que la folie simple, la paralysie générale résulte de causes impliquant la fièvre des affaires, la mise en jeu (et l'abus) de l'activité vitale. Elle est plus rarement le résultat de vices inhérents à l'individu.

En quelques lignes énergiques, M. Savage vient protester contre l'abus du chloral. Non seulement ce médicament ne mérite pas, d'après lui, la vogue dont il jouit, mais son usage est dangereux. L'emploi du chloral substitue un restraint médical au restraint physique. Il procure, à la vérité, le sommeil, mais au détriment du malade, qui devient incurable. M. Savage étudie le chloral à deux points de vue; comme cause d'aliénation mentale, et comme remède. Il l'accuse, en premier lieu, de produire chez ceux qui en font un usage constant pendant un an ou deux, la mélancolie avec grande

prostration, le dépérissement physique, et l'irritabilité nerveuse avec tendance au suicide. Les personnes qui lui demandent le sommeil, en sont d'abord satisfaites, mais sont plus tard affligées d'une insomnie opiniâtre. Puis naît un sentiment de mélancolie invincible avec désir non motivé de se nuire. Leur tendance la plus habituelle les porte à se précipiter. Chez d'autres, les doses croissantes de chloral semblent produire graduellement le dépérissement, la mélancolie et le refus d'aliments. Notre confrère de Londres ne va pas jusqu'à dire que les malades des asiles soient rendus aliénés par l'emploi de ce moyen (au cas où ils ne le seraient pas), mais il est convaincu qu'un grand nombre de cas de folie aiguë lui doivent leur aggravation et leur terminaison fatale. Une bonne proportion des femmes admises à Bethlem pour manie puerpérale n'y font leur entrée qu'après que le chloral prescrit hors de l'asile a déterminé chez elle le refus des aliments. Ces malades sont d'un traitement long et difficile à cause de la forme de leur délire et de leur mauvais état physique.

Comme remède, le chloral a été appelé à remplir plusieurs indications. On l'a prescrit : 1° *pour combattre l'insomnie*. Quelques personnes, en bien petit nombre, ont trouvé dans le chloral un agent somnifère sûr, d'un effet régulier, inoffensif, agissant à dose fixe. C'est là l'exception. En général, l'administration du chloral est d'un effet très fâcheux. Les travailleurs de la pensée qui lui demandent le sommeil, l'obtiennent au préjudice de leur énergie mentale; — 2° *dans certaines formes d'aliénation mentale*. Lorsque le chloral est prescrit dans l'insomnie qui marque le début d'un accès d'aliénation mentale, il ne conjure pas l'invasion de l'accès. L'excitation maniaque est parfois heureusement modifiée par le médicament. Quelques personnes lui attribuent le pouvoir de sauver les malades de l'épuisement nerveux en les faisant dormir. A ce point de vue, M. Savage lui préfère les stimulants et une alimentation choisie. Dans les cas de manie récurrente, de mélancolie, le chloral est absolument inefficace; il est dangereux dans la paralysie générale. Chez les individus devenus aliénés à la suite de coups sur la tête, il produit de l'excitation. Quelques manies alcooliques lui ont dû une amélioration réelle, mais la véritable indication du chloral se présente dans la fureur épileptique. Les accès de manie qui compliquent les attaques perdent, sous son influence, leur caractère violent. Il suffit de le faire prendre quotidiennement au malade à la dose de trente

grains. Le traitement ne modifie d'ailleurs nullement la névrose convulsive.

Dans un travail qui a pour titre « De l'alimentation forcée, » M. Frédéric Needham vante les bons effets des lavements nutritifs chez les aliénés, lorsque l'intolérance des premières voies s'oppose à l'emploi de la sonde œsophagienne. Ce procédé d'alimentation permet aux organes digestifs de se réparer par le repos, en conservant temporairement les forces du malade. Il est bon de remarquer toutefois qu'il ne saurait être employé bien longtemps, et les quelques exemples rapportés par notre confrère ne nous paraissent point fournir la preuve, comme il l'avance, que son usage pourrait se poursuivre pendant de longues périodes. C'est chez le premier malade, qui a succombé d'ailleurs aux progrès de la maladie, que l'administration de lavements nutritifs a été pratiquée le plus longtemps ; la durée du traitement a été de douze semaines. C'était un paralysé général très avancé, chez lequel l'introduction de la sonde déterminait de la suffocation et des nausées. Pendant tout ce temps, il put être nourri par des lavements de thé de bœuf très fort et d'eau-de-vie. Les autres malades ont été sauvés, mais la durée du traitement a été plus courte. Une femme de trente-cinq ans, atteinte de diphtérie et souffrant d'une dysphagie atroce, a été alimentée pendant quatre jours par ce procédé, et lui a dû probablement sa guérison. Une autre malade, atteinte de manie climatérique, refuse les aliments, et le mauvais état des voies digestives rend impossible l'emploi de la sonde, dont l'introduction provoque de violents efforts de vomissement. On a combiné dans ce cas l'emploi des lavements nutritifs avec l'administration des purgatifs. Le traitement a duré trois semaines, pendant lesquelles la malade a consenti, par intervalles, à avaler un peu de lait. Cette femme est sortie guérie. Enfin, dans la dernière observation, les lavements, auxquels on a dû recourir à cause d'accidents de suffocation déterminés par la sonde, ont été continués huit jours. Mais il faut remarquer que du lait a été pris par la bouche en petite quantité par le malade, pendant les cinq derniers jours, ce qui rend le résultat moins concluant, comme dans l'exemple qui précède. Les lavements ont été prescrits à ces malades au nombre de quatre à six par jour. Ils étaient composés avec quatre onces de l'infusion suivante : viande de bœuf, une livre ; eau, une demi-pinte, et une demi-once d'eau-de-vie.

Deux aliénistes anglais, les docteurs Urquhart et William Samuel Tuke se sont trouvés au Caire à un an d'intervalle, le premier en 1877, le second en 1878, et n'ont pas manqué de s'intéresser au sort des aliénés de ce pays. Après avoir lu des deux mémoires qu'ils ont écrits sur l'asile égyptien, on se trouve quelque peu embarrassé, car les impressions du Dr Urquhart sont loin de ressembler à celles du Dr Tuke. Tandis que celui-là nous montre les aliénés dans une condition qui est une flétrissure pour le gouvernement du pays, celui-ci, qui a eu l'avantage d'être reçu par le médecin en chef, se montre bien moins sévère que son collègue. Les tableaux esquissés avec un remarquable talent par le Dr Urquhart mériteraient d'inspirer le pinceau d'un Callot moderne. Rien ne manque à l'horrible de ce triste lieu, depuis la vermine qui s'ébat au grand soleil sur les corps des aliénés entièrement nus, logés dans des taudis d'une saleté révoltante, jusqu'aux coups de bâton distribués avec largesse par le guide, et aux chaînes rivées aux poignets et aux chevilles de ces malheureux, comparés par l'auteur aux bêtes d'une ménagerie. On éprouve, en lisant la dernière page de ce récit, le même soulagement que le visiteur en franchissant la dernière barrière. M. William Tuke, lui, voit des malades habillés, jouissant d'un logement presque convenable, bien que ne représentant pas le *dernier mot du confort*. Il découvre chez deux médecins en chef, qui traitent les malades par la saignée, et qui, nous avons bien lu, s'occupent de science et font des autopsies. En vérité, on est tenté de se dire que l'Égypte est un pays de progrès pour avoir réalisé en un an de telles réformes. La description de l'asile du Caire ne nous arrêtera pas, elle est absolument dépourvue d'intérêt. C'est un ancien magasin de dépôt où aucun aménagement n'a été fait en vue de sa nouvelle affectation. Toutefois, nous ne laisserons pas ce chapitre sans emprunter à M. Tuke quelques détails instructifs sur l'étiologie et la forme des maladies mentales en Egypte.

La cause la plus fréquente de folie chez les femmes est l'infortune conjugale. Quelques-unes deviennent aliénées après un divorce, d'autres par le chagrin de ne pas être mères. Chez les hommes, l'élément étiologique le plus important est l'abus du haschisch qui, dans ce pays, joue le rôle de l'alcool en Europe. S'il faut en croire notre confrère, il y aurait en Egypte de véritables dipsomanes de haschisch, sujets, comme nos alcooliques, à de fréquentes rechutes. Par contre, l'alcoolisme proprement dit, est rare, grâce à l'influence de la religion sur les

masses. L'abus du haschish déterminerait, d'après le Dr Mohammad, médecin de l'asile, des lésions constantes : l'atrophie et le dessèchement du cerveau. A part le caractère particulier que leur impriment le milieu et les mœurs, nous n'avons pas vu que les maladies mentales aient rien qui les distingue des formes cliniques qui sont connues dans nos asiles. Le suicide, paraît-il, n'est pas connu en Egypte, mais les aliénés homicideurs n'y sont pas rares. Citons, pour finir, un fait assez curieux. Au vieux Caire, dans l'église copte de Saint-Georges, on montre aux étrangers une colonne à laquelle est scellée une chaîne. Cette colonne sert au traitement de la manie aiguë. Les malades sont attachés à cette chaîne et privés de tout aliment pendant trois jours. Le procédé jouit d'une grande faveur, mais notre confrère n'a pu être témoin de son application.

Quatre observations sont consignées au chapitre des notes et cas cliniques. Les deux premières, que l'on doit au Dr Fletcher Beach, ont fourni à ce médecin l'occasion d'appliquer la théorie des centres multiples, imaginée par les Drs Bastian, Broadbent et autres, pour expliquer les diverses formes d'aphasie. Les deux malades dont il rapporte l'histoire, sont des épileptiques devenus, à la suite d'attaques violentes, temporairement aphasiques. Une jeune fille de quinze ans, forte et pléthorique, se trouve en état épileptique lorsque notre confrère est appelé auprès d'elle. Elle a eu, en un temps très court, quatorze attaques, et la dernière dure encore à l'arrivée du médecin. L'amélioration ne tarde pas à se montrer sous l'influence de lavements au bromure de potassium. Le surlendemain, la conscience est revenue, mais la malade est incapable de répondre aux questions qu'on lui adresse, bien que l'expression de sa physionomie et le mouvement de ses lèvres démontrent qu'elle comprend et fait des efforts pour parler.

Un jeune homme du même âge a reçu les soins du Dr Fletcher Beach dans des conditions semblables. Il n'a pas eu moins de dix-neuf accès violents, mais peut prendre du bromure par la bouche dans l'intervalle des crises. Le lendemain, il recouvre le sentiment, mais on constate le jour suivant qu'il est aphasique. Le trouble fonctionnel est plus grave que chez la malade dont il vient d'être question. Si on lui fait une question, il n'y répond pas et montre sa langue.

Dans l'hypothèse précitée de centres cérébraux multiples

présidant au langage : centre auditif, visuel, d'idéation, d'appellation et d'articulation, ces deux observations sont intéressantes, en ce que la différence des symptômes s'explique par l'étendue variable du trouble morbide. Chez la première malade, la communication entre le centre auditif et le centre d'idéation est demeurée intacte, mais une interruption existe dans les rapports entre le centre appelant et le centre d'articulation, qui d'ailleurs a conservé son activité, ainsi que le prouvent les mouvements des lèvres. Chez le jeune garçon, le centre visuel, le centre d'idéation ont été les premiers à recouvrer leurs fonctions, mais le centre auditif a été frappé d'impuissance. Le malade voyait son interlocuteur lui parler; ne l'entendant pas, il supposait qu'il lui adressait la question la plus ordinaire dans la bouche d'un médecin et croyait répondre en montrant sa laogoe. M. Fletcher Beach étudie en passant la cause des lésions temporaires de la motilité dans l'épilepsie. Il rejette la théorie de l'ischémie cérébrale, comme ne rendant pas suffisamment compte de troubles moteurs de plusieurs heures de durée. Il pense qu'il est plus rationnel d'admettre que la décharge de force nerveuse correspondant à l'attaque produit une véritable altération moléculaire dans le cerveau, susceptible, à cause de son peu d'étendue, de se réparer sans laisser de traces.

Les deux observations qui suivent sont du D^r Savage. Il s'agit de deux cas de guérison tardive chez des aliénés après de longues années de séjour dans un asile. Le premier est entré en 1844 pour la seconde fois. La première admission date de 1839. A cette époque, il a été malade neuf mois. Il a une grand'mère et une tante aliénées. La mort de sa sœur est la cause présumable de ce deuxième accès qui est caractérisé par un état dépressif avec agitation et tendance au suicide. Une amélioration se produit en 1854, mais il présente encore des accès de mélancolie avec des anxiétés morales. Il redevient profondément déprimé en 1862, où il se montre apathique et recherche la solitude. Cet état persiste jusqu'en 1878, époque à laquelle il commence à s'intéresser à son entourage, et reprend graduellement son état normal, après trente-quatre ans de maladie.

L'autre malade, âgé de 66 ans, est entré en 1860. C'est un hypémaniaque malpropre. Il a des idées homicides et a tenté d'étrangler sa femme. Le souci des affaires paraît être la cause de l'aliénation mentale chez cet homme. Son idée fixe est qu'il est obligé de commettre un meurtre. Occupé aux travaux du

jardinage, il s'améliore rapidement ; mais cet état délirant terrible ne l'abandonne pas, et lorsqu'il voit ses amis, il déclare ne pas avoir confiance en lui-même. Dix-huit mois après son admission, il a une courte recrudescence pendant laquelle il montre des idées de suicide. Puis il redevient tranquille, à part le symptôme redoutable mentionné plus haut. Les seuls signes objectifs qu'il présente à l'observation sont un certain besoin de mouvement et un tremblement des muscles de la face, et il continue à se défier de lui-même. On l'avait classé parmi les incurables, lorsque la mort de sa femme, en 1878, opère une transformation soudaine dans son état mental et il demande sa sortie de l'asile. Trois ans plus tard, sa guérison paraissait durable.

Le journal « Lancet » a publié récemment, en avril 1877, un cas curieux d'aliénation mentale liée à un abcès de l'oreille et guérie par l'ouverture de l'abcès. Cette observation qui a été rapportée par le Dr Rhys Williams, aux « notes du trimestre », d'après les documents que lui a fournis le Dr Savage, présente surtout un intérêt chirurgical. Le sujet est un homme de trente-six ans, marié, de bonne santé, sobre et sans antécédents héréditaires ou autres. La maladie date de treize jours avant l'entrée. D'abord mélancolique, il ne tarde pas à tomber dans un état maniaque intense. Il offre une singulière idée délirante : il se croit transformé en pièce d'artifice et s'imagine que ses actes sont influencés par l'électricité. Huit jours après son admission, il passe par une nouvelle phase dépressive puis redevient agité et incohérent. Au bout de neuf mois, on s'aperçoit d'un écoulement purulent par l'oreille gauche, et la région mastoïdienne est le siège d'un gonflement considérable. De plus, la pression exercée sur la tumeur accélère la sortie du pus par le conduit auditif. Le mois suivant une ouverture est pratiquée dans la partie déclive, à trois pouces au-dessous de l'apophyse mastoïde, en dedans du sterno-mastoïdien. Le malade a recouvré immédiatement la raison. Un mois plus tard, la plaie tendant à se fermer, une nouvelle incision a été faite en dedans et au-dessous de l'apophyse, intéressant une partie des attaches du sterno-mastoïdien. L'exploration de la cavité avec le doigt, par cette nouvelle ouverture, a démontré que le foyer s'étendait en avant et en arrière du muscle, et en dedans le long de la base du crâne, sur une longueur d'un pouce au delà, et d'un pouce en arrière de l'éminence osseuse. Il était

limité, en avant, par la glande parotide; en dedans, par la veine jugulaire interne. La source de l'écoulement purulent ne put être mise en évidence et aucun séquestre ne fut trouvé dans la cavité ou adhérent aux os. Il n'y avait pas de surdité chez le malade, et l'auteur suppose que la zone affectée était la portion antérieure de l'apophyse mastoïde.

Le docteur Kenneth M'Leod, chirurgien-major de l'armée des Indes, a lu, à la réunion de la « Bengal social science association », un travail curieux sur la statistique et les causes du suicide chez les Indiens. Ses calculs ont porté sur les années 1872-1876 et ont été établis d'après les rapports des inspecteurs de la police et de la santé. Voici les principaux faits indiqués dans ce mémoire :

Le nombre des suicides constatés dans les différentes provinces et présidences a varié de 42,7 par million d'habitants, dans le Punjab, à 47,5 dans les provinces centrales.

Les moyennes des décès sont annuellement les mêmes pour une même contrée et s'y reproduisent par séries.

Dans chaque province on observe des différences remarquables, suivant les régions, dans le nombre des suicides; mais les moyennes locales se répètent uniformément d'une année à l'autre, dans chaque région. La moyenne annuelle de la province de Bengale est de 31,3 pour un million d'habitants.

Dans les cinq districts de Pooce, Cuttack, Nuddea, Patna et Gya, les suicides sont plus fréquents, car les moyennes par million d'habitants sont de 66,4, pour l'ensemble; et pour chaque district pris isolément de 400,7 — 85,2 — 71 — 56,7 et 49,5.

Les villes ont des moyennes plus élevées que les districts ruraux. Au Bengale, les chiffres respectifs sont 62,4 pour les villes et 44,7 pour les campagnes.

Dans l'Inde, les suicides sont plus fréquents chez les femmes (450) que chez les hommes (400). Les procédés employés pour se donner la mort varient suivant les pays. Les suicides par arme à feu ou par blessures diverses sont, en général, moins communs dans l'Inde qu'en Angleterre; ils sont rares chez les femmes dans le bas Bengale. Ces dernières adoptent volontiers la pendaison. Le choix des procédés est subordonné, d'ailleurs, aux moyens qui s'offrent au suicidé. Dans la province de Bahar et les autres districts où croît le pavot, l'empoisonnement par l'opium s'observe le plus ordinairement. Dans

le Punjab, à Bombay, Madras, c'est la submersion. Dans l'armée anglaise, le suicide par les armes à feu figure pour une proportion de 53,2 p. 400, sur la totalité des cas.

Les causes déterminantes du suicide dans l'Inde sont d'ordre physique et moral (influences religieuses, politiques et domestiques). Le suicide s'observe plus fréquemment dans les mois chauds de l'année. La famine et la maladie favorisent sa production. A Madras, en 1875, il y a eu 2,575 suicides, tandis que, les années précédentes, la moyenne avait été de 1,970. C'était la famine qui avait produit cette énorme différence. Il faut considérer aussi comme une cause importante les maladies abdominales résultant d'une mauvaise alimentation. D'autre part, le suicide est rarement causé par une affection cérébrale ou par une intoxication, excepté dans les districts où se consomme l'opium.

Mais la classe des suicides causés par l'influence religieuse et les usages nationaux n'est pas la moins intéressante. Les pratiques de macération des fakirs, les coutumes populaires qui poussent les femmes à se brûler sur le corps de leur mari, et les fanatiques à se jeter sous les roues du char de Djaggernath, tout en étant abolies, exercent encore de nos jours une influence fâcheuse. La souffrance physique décide quelquefois les malheureux Indiens à en finir avec l'existence, et ils y sont aidés par leurs prêtres. Ainsi font les misérables qui s'enterrent solennellement vivants. La cérémonie a lieu en grande pompe et le patient descend, en présence de tout le village, dans une fosse que ses parents lui ont creusée..... Il faut mentionner enfin la catégorie des suicides par vengeance, qui se tuent avec la pensée que la responsabilité de leur mort incombe à celui qui l'a provoquée. Le suicide est plus commun chez l'Indien que chez le mahométan, et l'auteur croit que l'application sévère des lois de caste influe sur sa fréquence. La persistance du sentiment qui portait autrefois les veuves à se coucher sur le bûcher de leurs maris défunts, la condition sociale inférieure des femmes, leur ignorance, sont autant de motifs qui expliquent leur propension plus grande à vouloir s'ôter la vie.

Le même chapitre contient, empruntée au « British medical Journal » une note intéressante du Dr Reynolds sur les troubles mentaux et nerveux d'origine goutteuse. Dans trois paragraphes distincts sont décrits les désordres de l'intelligence, la douleur céphalique et les aberrations sensorielles. Parmi les premiers

il faut mentionner le besoin de mouvement, l'insomnie, des alternatives d'excitation et de dépression, un état hystérique qui empêche le malade de vaquer à ses affaires, une altération de la mémoire, des idées de suicide, des troubles de l'audition et des hallucinations plus ou moins distinctes. Ces symptômes peuvent alterner avec ceux qui vont être décrits, ou les suivre.

La douleur de tête siège d'un seul côté, sur le pariétal ou l'occipital, elle s'exagère par le mouvement, mais non par le travail cérébral. Elle ne se complique pas de points d'exacerbation ni d'hyperesthésie du cuir chevelu. La position, la nourriture ne la modifient point, et elle est atténuée par le repos physique. Elle n'est pas de nature anémique, névralgique et dyspeptique, et ne relève pas, conséquemment, de la thérapeutique de ces diverses céphalées.

Les aberrations de la sensibilité sont : 1^o le vertige. C'est le symptôme le plus fréquent, il revêt le plus souvent la forme subjective; le malade croit nager ou flotter dans l'espace. Cette sensation est ordinairement produite par l'attitude et se manifeste seulement lorsque le malade est couché sur un côté, tantôt le droit, tantôt le gauche. Il voit alors les mouvements des objets extérieurs se produire de ce côté à l'autre; 2^o le bruit dans les oreilles. Le malade n'entend pas des voix, mais des roulements, des sifflements, des notes musicales. Le malade entend ces bruits dans sa tête et sait fort bien qu'ils ne sont point extérieurs. Aussi ne sont-ils associés à aucune conception délirante.

3^o Au trouble précédent s'ajoutent fréquemment la surdité et des battements dans l'oreille, comme dans la maladie de Menière. On observe alors souvent un état de dépression avec des accès de trouble mental pouvant aller jusqu'au petit mal épileptique.

4^o Enfin, la sensibilité peut subir des modifications profondes à la périphérie. Un grand nombre de malades se plaignent d'engourdissement, de fourmillement, de lourdeur, de paresse dans les membres, symptômes qui peuvent faire croire à une affection organique du cerveau et de la moelle, et dont la variété et la répartition hizarre ont une valeur pathognomonique. Ainsi, nous dit le Dr Raynolds, il y aura aujourd'hui une sensation de froid, demain une sensation de chaleur dans la jambe gauche. La semaine précédente, on constatait du picotement à la main droite et, une semaine auparavant, le malade s'était

plaint d'une douleur semblable sur un côté de la tête ou à la langue. La fugacité des manifestations morbides, qui alarme le malade, doit au contraire rassurer le médecin qu'elle renseigne décidément sur la nature de la maladie.

Les séances publiques données en Ecosse par M. Irving Bishop, qui s'est imposé, comme le prestidigitateur Cazeneuve, la tâche de confondre les adeptes du spiritisme, en répétant leurs jongleries, ont excité un vif intérêt jusque dans le monde savant, et le professeur Gairdner a fait, sur cette folie de notre temps, une leçon brillante où l'esprit le dispute à l'élévation de la pensée. L'illustre savant considère l'état mental des personnes adonnées au spiritisme comme une « condition malade de la faculté du merveilleux ». Cette faculté, que tout homme possède, le porte à aimer l'inconnu, à chercher l'explication de ce qu'il ne peut comprendre. Appliquée par un esprit sain à la recherche des connexions entre le monde spirituel et matériel, elle peut s'exercer dans des limites déterminées, sans s'écarter des lois naturelles. C'est ainsi que l'interprétation des phénomènes qui régissent les rapports de l'âme avec les organes, est l'emploi le plus noble que l'homme puisse faire de la faculté du merveilleux. Le cas morbide des spirites consiste à vouloir outrepasser les limites tracées par la nature. Ils sont alors contraints d'admettre des lois nouvelles et affirment des rapports anormaux entre la matière et l'esprit. Si le spiritisme était possible, il serait surtout désastreux dans ses conséquences. Qu'il soit possible à un médium de dévoiler, au moyen de ses évocations, un secret dont la divulgation favorise des projets criminels, et l'on assistera au bouleversement complet de l'ordre établi. Heureusement, il a été prouvé que ces messieurs s'attribuent une puissance qu'ils n'ont pas, car le premier usage qu'ils feraient de leur art serait de l'employer au service de leurs intérêts. Un jour, un gentleman dépose à la Banque, sous pli cacheté, une certaine somme et déclare qu'elle appartiendra au médium qui l'indiquera. L'enveloppe contenait cent livres et personne ne les a réclamées.

M. Gairdner ne conteste pas la bonne foi de certains adeptes, et c'est pour ce motif qu'il admet chez eux un véritable trouble mental. A l'appui de son assertion, il rapporte l'histoire fort triste d'un de ses anciens élèves dont les débuts dans les recherches de physiologie étaient pleins de promesses. Son avenir fut brisé par l'influence néfaste des pratiques de

l'électro-biologie, comme on appelait, en 1851, la prétendue science nouvelle. Il commença par converser avec les sages de la Grèce et finit par entrer dans un asile d'aliénés, malgré les efforts d'un maître qui l'aimait d'une affection toute particulière.

Ce n'est pas seulement en France que les aliénés libres s'attaquent aux asiles et aux médecins aliénistes. Voici qu'en Angleterre une mistress Weldon, qui a trouvé le moyen de se dérober, entre la signature de son certificat et son placement dans un asile, donne à Saint-Jame's Hall une conférence pour réclamer la révision de la loi. Dans la même séance, a parlé un gentleman, séquestré autrefois par son frère, à cause, dit-il, de dissidences politiques, et il en a profité pour faire une sortie contre les Russes. Le meeting n'a d'ailleurs été troublé par aucun incident. Dans le journal « *World* », sont publiées des lettres d'un homme distingué qui a été autrefois dans un asile. Il rend justice, dans ces écrits, à la manière dont sont traités les malades et au confortable dont ils jouissent dans la maison privée dont il a été l'hôte; mais il s'apitoie sur le sort des individus sains d'esprit, n'ayant que des souffrances physiques, et obligés de vivre en compagnie des malheureux fous. Mais voici qui devient étrange. Le plaignant raconte que, tout en n'étant pas aliéné, il voyait ses compagnons semblables à des animaux et qu'il était sujet à des extases.... Notre confrère pense, non sans raison, qu'on ferait bien de poursuivre judiciairement les éditeurs qui se permettent de publier des calomnies visant personnellement les directeurs d'asile.

Ce chapitre se termine par des fragments d'une étude d'anatomie pathologique du Dr Joseph Coates, sur le tétanos et l'hydrophobie. Le travail du Dr Coates a paru dans le soixante-unième volume des « *Medico-chirurgical transactions* ». Ce médecin a examiné au microscope différentes portions du système nerveux d'individus morts du tétanos et il a trouvé les lésions suivantes : dans la moelle, les vaisseaux sont gorgés de sang et distendus, non uniformément, mais par places; ils sont entourés de granulations et de cellules à double contour qui paraissent être des gouttes de myéline. Ces lésions, qui sont, d'après l'auteur, de nature exsudative, existent surtout dans les parties centrales de la moelle et près des scissures, là où les vaisseaux ont un plus gros volume. Dans certaines préparations

les vaisseaux et la matière granuleuse s'étaient affaissés et on apercevait de véritables lacunes. Cet aspect se voit surtout au voisinage du canal central. La même altération se continue dans la moelle allongée mais avec une disposition particulière. Comme précédemment, on l'y voit plus apparente aux points occupés par des vaisseaux de fort calibre. L'un de ces vaisseaux se dirige longitudinalement dans la portion postérieure de la moelle allongée et longe la partie la plus profonde du quatrième ventricule. Ce vaisseau est presque toujours altéré et souvent le siège d'hémorrhagies. Or, dans son voisinage, prennent naissance plusieurs nerfs crâniens et notamment l'hypoglosse, dont on peut apercevoir le noyau d'origine dans les préparations. Des lésions analogues, mais moins marquées, se voient à la protubérance, aux tubercules quadrijumeaux et au corps strié. Les circonvolutions offrent, en outre, dans leur zone motrice, deux altérations caractéristiques : la première consiste en une exsudation de substance jaune autour des petits vaisseaux de l'écorce ; l'autre, en un épanchement liquide se présentant sous la forme de gouttes qui compriment plus ou moins les vaisseaux et peuvent même déterminer leur oblitération complète.

L'étude nécropsique sur la rage, faite sur deux hommes et deux chiens, a mis en évidence une altération non moins importante, c'est une production abondante de leucocytes autour des vaisseaux. Ils constituent, en certains endroits, un véritable manchon dans lequel le vaisseau se trouve enfoui. La lésion n'est pas uniformément répartie sur toute la longueur du tube vasculaire, mais laisse en certains points des espaces libres, comme on l'a vu pour les granulations du tétanos. Les vaisseaux les plus affectés sont ceux de fort volume. Aussi la lésion s'observe-t-elle également à la moelle, dans le voisinage de la commissure grise. L'accumulation des leucocytes se voit surtout à la moelle allongée, où peu de vaisseaux paraissent échapper à cet envahissement. Dans les autres parties du système nerveux, on remarque une altération semblable. Au cerveau, la répartition de la lésion n'est pas la même, et elle est marquée principalement au voisinage des petits vaisseaux. Enfin, il faut remarquer que cette production de leucocytes qui prédomine dans les espaces périvasculaires, existe dans toutes les parties du système nerveux central.

Les glandes salivaires et les reins ont été examinés chez les deux chiens. Les premières ont montré, comme dans le système

nervoux, une production anormale de cellules rondes autour des conduits de sécrétion et dans les espaces péri-vasculaires. Le rein était le siège d'une hyperémie remarquable, existant surtout au niveau des veines qui circulent entre la substance corticale et les pyramides.

La conclusion de ce travail, qui a mis en évidence dans le télanos et la rage un état inflammatoire généralisé, est que ces deux affections procèdent d'une cause semblable : l'action d'un poison irritant, s'exerçant principalement dans le voisinage des vaisseaux du système nerveux central.

On trouve à l'article *Revue* l'analyse des travaux suivants pour ne citer que ceux écrits en langue anglaise :

Physiologie de l'esprit ; 1^{re} partie de la 3^e édition de la *Physiologie et pathologie de l'esprit* ; par Henry Maudsley.

Visions, étude sur les hallucinations de la vue ; par Edward H. Clarke. Cet intéressant travail a été écrit au milieu des douleurs physiques et morales les plus cruelles et n'a pu être revu par l'auteur, que la mort a ravi à ses amis et à la science.

Les *Notes et Nouvelles* nous apprennent qu'un état de l'Amérique du Nord, l'Illinois, est favorisé d'une législation qui ferait le bonheur de quelques adversaires de la loi de 1838. Dans ce pays, les aliénés ne sont admis dans un asile qu'après avoir été examinés par un jury. Mais l'examen du malade peut se faire à son insu. Il est amené adroitement, par un ami, devant des juges dont il ignore la qualité, et sa séquestration peut être ordonnée et effectuée sans qu'il s'en doute. Dans le même État, la loi permet aux gardiens de frapper les aliénés, dans certaines circonstances majeures. Le curieux article que nous avons sous les yeux contient l'histoire d'un colonel qui a été séquestré dans un asile par le procédé en question et qui n'y a vécu que quelques heures, pendant lesquelles on lui a infligé une luxation de la cheville droite et une fracture du tibia, sans compter les lésions internes. Comme il était très agité, le médecin s'est vu autorisé, le cas était fort grave, à lui administrer en quatre heures cent cinquante grains de chloral. Quelle qu'ait été la cause de sa mort, elle n'a donné lieu à aucune poursuite.

Devant la cour d'appel était cité, le 23 novembre, un homme qui avait été séquestré dans un asile d'aliénés, et qui, une fois sorti de l'établissement, refusait d'acquitter les dettes contractées par sa femme en son absence. Condamné à payer devant

les tribunaux ordinaires, cet homme a vu cette sentence confirmée par la Cour suprême. Une autre affaire est consignée dans le même chapitre. C'est un procès criminel qui s'est déroulé devant les assises de Shrewsbury. L'accusé est un épileptique qui a tué sa femme. Il a été déclaré irresponsable par le jury, et le lord juge Bramwell a dit à cette occasion : « qu'en présence de cette impulsion incontrôlable, il serait horrible et cruel, aussi bien qu'impossible, de condamner à mort un épileptique. »

A la séance du 18 mars de la chambre des communes, M. Selater Booth a fait quelques remarques qui prouvent que les efforts de l'association médico-psychologique n'ont pas été infructueuses en ce qui concerne la future législation des aliénés. L'honorable membre, parlant du rôle que doivent jouer les « County Boards » et de leur ingérence dans les affaires des asiles, a exprimé l'opinion que cette ingérence ne pouvait être permise qu'à la condition de reviser la loi tout entière.

Nous mentionnerons enfin la continuation de la polémique Phillimore-Mac Dowald à propos de l'érysipèle et des autopsies dans les asiles, et à l'article « nécrologie » une étude biographique remarquable sur Foville, due à la plume élégante de M. Hack Tuke. Nous avons été heureux de constater l'hommage rendu par ce sympathique et distingué confrère à notre illustre et si regretté compatriote.

BIBLIOGRAPHIE

Du délire aigu; par Marcel Briand, interne des asiles d'aliénés de la Seine. — Thèse de Paris, 1881.

Ancien interne des asiles d'aliénés de la Seine, M. Marcel Briand a choisi pour sujet de sa thèse inaugurale l'un des points les plus obscurs et les plus controversés de la pathologie mentale. Ce n'est pas moi qui l'en blâmerai. Il y a du mérite à sortir des sentiers battus et à chercher à faire œuvre personnelle. M. Briand était à bonne école : il trouvait à Sainte-Anne des matériaux nombreux et variés, et les guides les plus sûrs pour diriger ses recherches. Et pourtant, — et c'est là ce qui prouve combien sa tâche était difficile, — je doute qu'il ait définitivement établi la place que le délire aigu doit occuper dans le cadre des affections cérébrales. Je ne m'attacherai pas à relever certaines imperfections qui frapperont M. Briand lui-même, telles que des erreurs historiques qu'il eût été facile d'éviter, Ce qui me paraît plus sérieux, c'est qu'après la lecture attentive de la thèse et des observations qui y sont relatées, on reste encore dans le doute de savoir s'il s'agit d'un *délire aigu*, constituant à lui seul une espèce morbide distincte, ou au contraire du *délire dans les maladies aiguës*. Cette confusion se trouve chez beaucoup des auteurs qu'a cités M. Briand ; je ne crois pas qu'il l'ait entièrement dissipée. C'est cependant là le fond de la question. Si en effet le *délire aigu* doit être considéré comme une maladie spéciale, il s'agit d'en déterminer les causes, la nature, les symptômes, les lésions. Le problème change de face si, au contraire, le *délire aigu* n'est pas autre chose que le délire symptomatique d'une maladie aiguë, prenant, dans certains cas mal déterminés, une intensité telle qu'il domine la scène morbide et entraîne à lui seul la mort. Si, comme paraît le croire M. Briand, le *délire aigu* tient à une intoxication spéciale du sang, les deux hypothèses pourraient parfaitement se concilier, et on aurait la clef du phénomène. On ne saurait donc trop engager M. Briand à continuer ses recherches dans ce sens.

Le délire aigu est généralement mortel : M. Briand a eu la bonne fortune de constater qu'il peut guérir. Mais en vérité

pense-t-il que « si ses malades eussent eu la camisole, ils seraient morts fatalement. » Sans doute, si la camisole avait pour effet d'immobiliser la cage thoracique, d'empêcher l'hématose, etc., je serais d'accord avec lui. Mais je n'ai jamais vu de camisoles de cette espèce : toutes celles que j'ai vu appliquer et que j'ai fait appliquer dans mon service, sont suffisamment larges et amples pour ne gêner en rien les mouvements respiratoires, pour n'exercer aucune pression sur le thorax : il y a camisole et camisole ; il semble que M. Briand n'en ait connu que de mauvaises. Quand il en aura vu de bonnes, M. Briand reviendra sur des préventions que je persiste à croire peu justifiées, et il finira par reconnaître, j'en espère, que la camisole ne mérite pas tant le mal qu'on en dit.

Au résumé, la thèse que je viens d'analyser rapidement est une œuvre sérieuse, bien écrite ; il n'y a qu'à féliciter notre jeune confrère d'avoir débuté par un travail qui donne pour l'avenir les meilleures espérances,

J. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— De la cachexie pachydermique (myxœdème des auteurs anglais); par M. le Dr Ridet-Saillard; Paris, 1881; br. in-8°, chez Delabaye et Lacroisnier, prix 2 fr.

— Du personnel inférieur des asiles d'aliénés; sa situation morale et matérielle; moyens de l'améliorer; par M. le Dr Gilbert; br. in-8°, Bordeaux, 1884.

— Contribution à l'emploi des métaux; de l'électricité et du magnétisme en médecine; par M. le Dr Edouard Fournié; Paris, 1884; br. in-8°.

— Rapport médical et administratif sur l'asile d'aliénés de la Roche-sur-Yon, pour l'année 1880; par M. le Dr Cullerre; la Roche-sur-Yon; 1884, br. in-8°.

— Twenty-third annual report of the general Board of commissioners in Lunacy for Scotland.

— Importance of the early recognition of epilepsy; par M. le Dr E. C. Seguin; New-York, 1884; br. in-8°.

— A second contribution to the study of localised cerebral lesions; par M. le Dr E. C. Seguin; New-York, 1884; br. in-8°.

— Morphia in melancholia; its influence on temperature, etc., par M. le Dr W. J. Mickle; London, 1884; br. in-8°.

— Sui focoli distruttivi stazionari nel nucleo lenticolare; contribuzione clinica; par M. le Dr C. Bontigli; Naples, 1884; br. in-8°.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

M. le Dr MARCEL BRIAND est nommé médecin-inspecteur adjoint des asiles publics d'aliénés de la Seine en remplacement de M. le Dr PAUL GARNIER, promu inspecteur.

NÉCROLOGIE.

Dr LINAS. — Le lundi, 11 novembre dernier, a été enterré, à Versailles, notre très regretté collègue, le Dr Linas, décédé dans cette ville dans sa 53^e année. Pour faire connaître la vie si digne et si bien remplie de ce confrère, si sympathique à tous ceux qui l'ont connu, nous ne saurions mieux faire que de reproduire l'allocution, si touchante et si profondément émue, prononcée sur sa tombe par M. Motet, secrétaire général de la Société médico-psychologique.

Messieurs,

Le collègue, l'ami que nous allons laisser ici dans l'éternel repos, est l'un de ces grands vaineurs des luttes de la vie dont les forces ont trahi le courage. Parti de rien, s'élevant par degrés, patiemment, sans défaillances, ce que son enfance avait promis, son âge mûr l'aura largement tenu. Linas, né à Auterive, avait été au lycée de Toulouse un remarquable élève, et ses maîtres voulaient qu'il se vouât auprès d'eux à l'enseignement. Mais il se sentait une autre vocation, la carrière médicale l'attirait. Il avait dans sa famille un exemple; son oncle, le Dr Régis, l'encourageait, il n'eut pas de peine à le convaincre. Linas vint à Paris, seul, sans fortune, sachant bien qu'il n'avait rien à attendre que de lui-même; il travailla sans relâche, s'estimant heureux s'il trouvait à donner quelques leçons qui l'aidaient à vivre.

Un jour vint, où pour ce jeune homme sans appui, la Fortune sembla vouloir se montrer clémente et juste. Linas devint interne à la maison de Charenton. Dans ce milieu tout nouveau pour lui, le premier moment d'étonnement passé, il fut pris d'un immense désir de connaître; esprit ouvert, cœur généreux, il s'intéressa vivement à ces misères profondes, à ces énigmes, si nombreuses, si variées, que présente un asile d'aliénés. Et, sous la direction de son maître Calmeil, il observe, il cherche, il recueille les matériaux qui lui serviront plus tard, qui lui permettront de publier ces mémoires où s'alliaient les qualités d'observation la plus fine à une forme littéraire des plus séduisantes. Linas a été l'un des écrivains les plus distingués de la presse médicale; son talent d'une remarquable

souplesse se prêtait aussi bien aux comptes rendus de nos sociétés savantes qu'aux œuvres d'haleine plus longue. Aux premiers, il donnait un tour rapide, qui en rendait la lecture attrayante et facile ; aux autres, il mettait le meilleur de lui-même : une honnêteté, une probité scientifique, une érudition que rehaussaient et l'élévation de la pensée et la pureté du style. On le savait bien dans ces réunions où l'on s'adressait si souvent à lui, quand il s'agissait de rédiger un rapport sur une question importante. Sous sa plume, esclave docile d'une intelligence d'une netteté supérieure, tout devenait simple, clair ; les appréciations toujours justes entraînaient les convictions, et l'avis qu'il émettait semblait être le résumé des opinions de tous, tant il mettait de conscience à en préparer la formule. Aussi, la Société médico-psychologique de Paris, la Société des médecins de l'état civil, la Société protectrice de l'enfance, la Société d'anthropologie, s'honorent-elles de l'avoir eu pour secrétaire général, pour secrétaire, pour président, et le chargeaient-elles volontiers des travaux les plus difficiles, sûres qu'elles étaient d'avance de la supériorité avec laquelle ils seraient traités. Ce que Linas a dépensé de savoir, de talent, dans ces œuvres modestes, nous seuls pouvons le dire aujourd'hui, car il lui est arrivé ce qui est arrivé à bien d'autres, de n'avoir pas eu le temps de réunir des pages qui certes ne sont pas perdues et ne seront pas oubliées, mais qui, éparses dans différents recueils, ne constituent pas le livre qui garde un nom et protège une mémoire.

Comment, d'ailleurs, aurait-il pu l'écrire ? .. Il fallait vivre, il fallait demander au travail de chaque jour le pain de la famille, il fallait prendre sur le repos des nuits les heures ravies par les soins d'une clientèle qui s'étendait, et prolonger la veillée laborieuse pour suffire aux exigences de la vie purement scientifique. C'est ce labeur sans trêve qui a tué Linas. Et comme il ne faisait rien à demi, il a lutté jusqu'au jour où il a été terrassé.

Et cette lutte a été d'autant plus admirable que lui, moins que tout autre, pouvait se méprendre aux avertissements d'un mal dont la gravité lui est apparue aux premiers symptômes. Il s'est caché, il a souffert sans vouloir qu'on sût autour de lui de quel malheur on était menacé. Il ne s'est arrêté qu'à l'heure fatale où les progrès d'une maladie qui ne pardonne pas lui enlevaient ses forces ; et, se voyant obligé de renoncer à des occupations qui lui étaient chères, de se séparer de collaborateurs qu'il aimait, il nous écrivit un jour une lettre qui nous a causé une douloureuse surprise. Il nous demandait de l'excuser de ne plus prendre une part active à nos travaux, de le nommer membre honoraire de la Société médico-psychologique. Qui nous eût dit que, moins de six mois après, nous aurions perdu notre collègue, notre ami !

Linas, vous avez été l'un de ces hommes énergiques, vaillants, pleins d'honnêteté, de droiture, qui sont déjà récompensés en ce monde par l'estime de ceux qui les ont connus ; vous n'avez eu que des amis, les sympathies les plus vives vous

étaient acquises. Vos mérites, je puis dire aussi vos vertus, nous laisseront un impérissable souvenir. Que l'expression sincère des regrets de la Société médico-psychologique, s'élève jusqu'à vous; nous partageons la douleur de la famille qui vous pleure, nous mêlons nos larmes aux siennes; comme elle, nous garderons pieusement votre chère mémoire.

Adieu, Linas, adieu.

7 novembre 1881.

UNE ENQUÊTE A L'ASILE SAINTE-ANNE

Sous ce titre, notre honorable confrère de l'asile Sainte-Anne, M. Dagonet, publie un court mémoire relatif à des faits déjà signalés dans un article du *Progrès médical* du 18 juin 1881, faits sur lesquels il est indispensable d'attirer avec insistance l'attention du corps médical. Nous les résumons en quelques mots.

Le 17 mai 1884, M. le procureur de la République reçut une lettre signée de M. Manier, conseiller municipal, dans laquelle celui-ci révélait au magistrat le meurtre d'un aliéné tué l'année précédente par un gardien. Ce meurtre avait été dénoncé par un autre aliéné, D..., audit M. Manier, et au directeur de l'hôpital, M. Prieur. Au moment du crime, M. le docteur Dagonet faisait le service de directeur intérimaire. L'aliéné D... déclarait que la malheureuse victime avait été étranglée et promettait un mémoire.

Une enquête eut lieu. M. Macé, directeur de la sûreté, commit deux agents qui, pendant trois jours, furent attachés à la personne de D... et le pressèrent de terminer la rédaction de son mémoire.

Sans entrer dans tous les détails pour lesquels nous renvoyons à l'article du *Progrès médical*, voici en deux mots le résultat de l'enquête :

Le 16 juillet 1880, un aliéné ambitieux, Bacci, à la suite d'une copieuse ingestion de jambon, fut pris d'accident d'indigestion. Deux jours après, les signes d'une obstruction se déclarèrent et le malade succomba le 19 avec tous les symptômes d'un étranglement interne. L'autopsie fut faite par l'interne de service. L'intestin perforé fut conservé.

L'aliéné D..., atteint également de folie ambitieuse, entendit parler d'étranglement et fit sa dénonciation, accueillie, comme on l'a vu, par le directeur et M. Manier, et bientôt suivie de la lettre adressée au procureur de la République et de l'enquête.

Que faut-il penser de cette singulière histoire ? Au premier abord, on serait tenté de hausser les épaules et de passer; mais on voit bientôt qu'il y a là des faits d'une haute gravité. Une simple explication demandée à M. le Dr Dagonet arrêta dès le début cette ridicule affaire. Mais cette explication n'est pas demandée. Une enquête est faite mystérieusement. Qui va fournir les renseignements ? un aliéné, persécuteur persécuté, ancien instituteur, orgueilleux, processif, entré au service sur le rapport de M. Legrand du Saulle, le 25 avril 1870.

On accueille comme vérité tous les racontars de ce malheureux dont l'état mental n'aurait pas trompé un sergent de ville, et une dénonciation est lancée.

Sur qui retombait en définitive la responsabilité de ce prétendu crime ? sur l'un de nos collègues les plus honorés par son caractère et son talent, exerçant depuis plus de trente ans les fonctions si délicates de médecin des asiles d'aliénés et qui se trouvait, par le fait même, soupçonné de négligence grave ou d'une sorte de complaisance, plus grave encore. Et toute cette enquête préliminaire est faite à son insu, alors qu'il suffisait d'une démarche toute naturelle et de pure convenance, d'un renseignement demandé au chef de service pour tout éclaircir.

La nécessité de restituer au médecin qui la réclame, l'autorité prédominante en tout ce qui concerne le traitement des malades, s'impose devant de pareils abus. Ces interrogatoires d'aliénés faits sans aucun mandat et par des personnes incompétentes, cette intrusion d'étrangers dans les asiles doivent être sévèrement interdits en dehors du contrôle médical. On voit à quels ridicules résultats ces errements peuvent conduire.

(Gazette hebdomadaire de médecine, n° du 11 novembre 1884.)

LOI DU CANTON DE NEUCHÂTEL SUR LE PLACEMENT DES ALIÉNÉS DANS LES MAISONS DE SANTÉ, ET LA SURVEILLANCE DE CES ÉTABLISSEMENTS.

Le grand conseil de la République et canton de Neuchâtel ;
Sur la proposition du Conseil d'État et de la Commission législative ;

Décète :

Article premier. Les établissements destinés à recevoir et à soigner les aliénés sont placés sous la surveillance du Conseil d'État. Il désignera à cet effet, indépendamment de la surveillance qu'il pourra exercer par une délégation ou par le préfet du district, un médecin spécial chargé de procéder, une fois au moins tous les trois mois, à la visite de ces établissements.

Art. 2. Ces établissements sont en outre soumis à la surveillance du procureur général qui devra de son côté les visiter chaque trimestre.

Sa visite devra autant que possible concorder avec celle du médecin spécial.

Art. 3. Nul ne pourra former ni diriger un établissement consacré aux aliénés, sans l'autorisation du Conseil d'État.

Art. 4. Nulle personne domiciliée dans le Canton ne pourra être internée dans une maison de santé sans une autorisation du Conseil d'État ; cette autorisation ne sera délivrée que sur la production des pièces suivantes :

a) Une demande d'internement signée par les parents du malade, par son tuteur ou curateur, ou à défaut, par telle personne que les circonstances pourront autoriser à requérir une semblable mesure ;

b) Un acte d'origine ou une pièce établissant d'une manière officielle l'identité de la personne aliénée ;

c) Un certificat d'un médecin reconnu par l'État, constatant

la situation mentale de la personne malade, les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire interner et soigner dans une maison de santé.

Ce certificat ne pourra toutefois être admis s'il a été délivré plus de 15 jours avant sa remise au département de l'Intérieur, s'il est signé d'un médecin attaché à l'établissement ou si le médecin signataire est parent ou allié au second degré inclusivement de la personne malade; de celles qui en demandent l'internement ou du directeur de l'établissement.

Art. 5. Pour les malades étrangers au Canton et qui n'y sont pas domiciliés, il suffit d'un certificat médical dûment légalisé et d'une déclaration des autorités du pays d'origine ou de ses agents diplomatiques, justifiant que la demande d'internement a été portée à leur connaissance et qu'ils l'autorisent.

Art. 6. Toute demande en autorisation d'internement doit être adressée avec les pièces à l'appui au département de l'Intérieur. Celui-ci, après les avoir examinées, les transmet avec son préavis au Conseil d'Etat qui décide si l'internement du malade peut avoir lieu à titre provisoire.

Art. 7. Trente jours après l'internement provisoire dans un établissement d'aliénés, le directeur de cet établissement transmettra au département de l'Intérieur un rapport dans lequel il confirmera ou rectifiera les observations contenues dans le certificat médical qui a motivé l'internement du malade. Le Conseil d'Etat statuera alors si l'internement provisoire doit encore continuer, s'il doit être rendu définitif ou enfin si le malade doit être renvoyé.

Art. 8. Dans le cas où l'internement provisoire serait prolongé, le directeur de l'établissement transmettra trois mois plus tard un nouveau rapport sur l'état mental du malade; au vu de ce rapport, le Conseil d'Etat décidera si le malade doit être définitivement interné ou s'il doit être renvoyé.

Art. 9. Chaque fois que cela lui paraîtra nécessaire, le Conseil d'Etat pourra faire visiter la personne présumée aliénée, soit par le médecin qui sera préposé à la surveillance des maisons de santé, soit, en cas de dissentiment entre celui-ci et le personnel médical de la maison, par deux spécialistes et un médecin non spécialiste.

Ni les médecins de la maison dans laquelle est interné le malade, ni le médecin surveillant ne pourront fonctionner dans cette expertise, mais ils devront être entendus par les experts.

Art. 10. Toute personne dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes pourra être internée d'office dans un établissement d'aliénés. Le Conseil d'Etat prononcera au vu du certificat d'un médecin et en énonçant dans son arrêté les circonstances qui rendent l'internement nécessaire. Une expédition de cet arrêté devra être transmise aux plus proches parents du malade.

Art. 11. Dans les cas d'urgence et lorsque l'internement d'un malade ne pourrait être différé sans danger pour lui ou la société, l'admission pourra avoir lieu sans une autorisation du Conseil d'Etat, à la condition toutefois que l'identité du malade

et celle de la personne qui l'accompagne puissent être établies, et que cette dernière s'engage par écrit à transmettre à l'autorité, dans le plus bref délai, les pièces mentionnées à l'article 4.

Art. 42. Le médecin en chef de l'établissement qui aura admis un malade se trouvant dans les conditions prévues à l'article qui précède, devra informer le département de l'Intérieur de cette admission dans les 24 heures qui suivront, et réclamer en même temps une autorisation d'internement provisoire.

Art. 43. Pour placer un aliéné domicilié régulièrement dans le canton dans une maison de santé située hors du pays, il sera adressé au Conseil d'Etat une demande conforme à celle que prescrit l'article 4, litt. a, et à laquelle devra être joint le certificat d'un médecin reconnu par l'Etat. Le Conseil d'Etat, avant d'accorder l'autorisation, pourra soumettre ce certificat et, au besoin, la personne présumée aliénée, à l'examen du médecin désigné pour inspecter les maisons de santé.

En cas de désaccord avec le médecin qui aura signé le certificat, il sera procédé selon les prescriptions fixées à l'article 9.

Art. 44. Chaque établissement d'aliénés devra être pourvu d'un registre sur lequel seront inscrits les noms, profession, âge et domicile de la personne internée, la date de l'internement, les noms, profession et domicile de la personne qui l'aura demandé. On devra y mentionner en outre la nature de la maladie, le certificat du médecin joint à la demande d'admission, les rapports adressés par le médecin de l'établissement à l'autorité, conformément aux articles 7, 8 et 42, ainsi que la sortie ou le décès de chaque malade.

Art. 45. Ce registre d'inscription devra être soumis aux personnes investies du droit de visiter l'établissement ; elles y apposeront après chaque visite leur visa, leur signature, ainsi que leurs observations, s'il y a lieu.

Art. 46. Elles pourront aussi prendre connaissance de toutes les pièces renfermées dans le dossier de chaque malade.

Art. 47. Le département de l'Intérieur sera informé de la sortie et du décès de tout malade interné dans une maison de santé. S'il s'agit de malades internés hors du pays, avis lui en sera donné par les plus proches parents du malade.

Art. 48. Toutes les autorisations d'internement seront communiquées au procureur général qui pourra faire désigner, selon les cas, aux personnes non interdites un curateur d'office par la justice de paix du lieu de leur domicile sans autres formalités.

Cette nomination ne sera pas sujette à appel.

Le procureur général devra veiller à ce que cette curatelle cesse aussitôt que cesseront les causes qui l'ont déterminée.

Il pourra aussi provoquer l'interdiction de la personne aliénée, conformément à l'article 350 du Code civil.

Art. 49. Les dispositions du Code civil sur les causes qui dispensent de la tutelle, sur les incapacités, les exclusions ou les destitutions des tuteurs, sur leur administration et leurs comp-

tes, sont applicables aux curateurs nommés en conformité de l'article précédent.

Art. 20. La sortie des malades internés dans un établissement d'aliénés a lieu :

1^o Lorsqu'un malade est en état de guérison ou d'amélioration suffisante ;

2^o Lorsqu'un malade est déclaré incurable et qu'il n'est ni trop pénible, ni trop dangereux pour la société ou pour lui-même ;

3^o Lorsque la sortie est réclamée par la ou les personnes qui ont signé la demande d'internement.

Cependant, s'il s'agit d'un malade dont l'état mental pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, le directeur de l'établissement doit refuser provisoirement la sortie et en référer immédiatement au Conseil d'Etat qui statuera après avoir fait procéder, s'il y a lieu, aux vérifications nécessaires et après avoir entendu le préavis du médecin surveillant et les explications des personnes qui requièrent la sortie.

Art. 24. Les infractions qui seront commises aux dispositions de la présente loi seront réprimées par une amende de 50 fr. à 1000 fr. Elles pourront être passibles, en outre, des peines édictées par le Code pénal contre la séquestration des personnes.

Art. 22. Le Conseil d'Etat est chargé de la promulgation et de l'exécution de la présente loi.

Neuchâtel, le 23 mai 1879.

Au nom du grand conseil :

Le Président,

D^r GUILLAUME.

L'un des Secrétaires,

S. FORESTIER.

Le Conseil d'Etat promulgue la présente loi pour être exécutoire à partir du 4^{er} août prochain.

Neuchâtel, le 3 juin 1879.

Au nom du Conseil d'Etat :

Le Vice-Président,

COMTESSE.

Le Secrétaire,

George GUILLAUME.

L'HOPITAL ARABE DE TUNIS

Comme aspect général, cet hospice ne diffère en rien des autres maisons mauresques. Une seule partie donne accès dans une cour carrée de vingt mètres de côté environ. La vue est

frappée tout d'abord par une rangée de colonnes, peintes de couleurs vives, régnaient tout autour de l'édifice. Ces colonnes soutenaient une galerie correspondant à un premier étage, au-dessus duquel une terrasse sert de toiture et de promenoir. Trois ou quatre fenêtres étroites donnent sur la rue; toutes les autres ouvertures prennent jour sur la cour intérieure.

M. Kaddour me prévint qu'il ne fallait pas m'attendre à retrouver rien qui rappelât nos établissements hospitaliers d'Europe; que cette maison, ayant été dans le principe spécialement destinée à des aliénés, avait été aménagée à cet effet (quel aménagement! nous allons le voir), et divisée en cellules, ne recevant d'air et de lumière que par la porte s'ouvrant sur la cour.

Dans l'une des premières cellules que l'on m'ouvrit, j'aperçus un vieillard aveugle couché sur une natte humide et recouvert jusqu'à la ceinture d'une mauvaise couverture de laine. Sur le pavé, à sa portée, une écuelle de terre dans laquelle on avait déposé sa pitance.

A mon étonnement de ne pas trouver d'objet de literie, M. Kaddour m'objecta justement que ce n'était pas là une privation pour un arabe malade habitué de tout temps à coucher sur la natte. Cependant, l'administration du bey, à la suite de nombreuses sollicitations, avait accordé une dizaine de matelas, aujourd'hui hors d'usage. Quelques autres cellules du rez-de-chaussée, aussi insalubres que la première, contenaient des malades atteints de fièvre paludéenne, dans un état de cachexie lamentable.

Les pièces les mieux éclairées et aérées de l'étage supérieur étaient occupées par un tuberculeux et par plusieurs syphilitiques présentant des accidents tertiaires multiples : nécrose des os du crâne, perforation du voile du palais, etc...

Tout un côté du premier étage, séparé par des grilles de fer, est réservé aux aliénés. Le principal contingent de ces malheureux m'a paru fourni par des nègres. Ils sont, pour la plupart, absolument nus dans leur cellule, je devrais dire dans leur cage. De fortes chaînes, fixées au mur et rivées au-dessus des malléoles, entravent les plus agités.

Je crois qu'on aurait grand'peine à loger 50 malades dans cet établissement : ai-je besoin d'ajouter qu'il est exclusivement réservé aux hommes.

Cet hospice, tout à fait primitif, n'est guère, à proprement parler, qu'une maison d'abri. Des services administratifs, on l'imagine, seraient parfaitement inutiles. Rien qui ressemble à nos bureaux d'admission. Je n'ai vu ni lingerie, ni buanderie. M. Kaddour serait fort embarrassé; s'il était obligé de soigner quelque affection chirurgicale qui demandât des pansements répétés. Dans la cuisine, il n'y avait que quelques chaudrons de cuivre servant à faire la soupe au bœuf, le seul mets réglementaire. Grâce aux soins de M. Chabert, la pharmacie est pourvue des médicaments les plus urgents. A l'hôpital, sont attachés deux directeurs, tous deux nommés et appointés par le bey.

Pour l'un d'eux, le titre n'est qu'une occasion d'émarger au

budget; quant à l'autre, sa besogne ne doit être ni longue ni difficile, d'après ce que j'ai dit plus haut.

Tels sont les sacrifices que le bey de Tunis croit devoir s'imposer pour ceux de ses sujets qui souffrent. Les ressources mises à la disposition du médecin sont à peu près dérisoires; ce n'est que par sa bonne volonté et par son dévouement qu'il peut y suppléer.

(Revue scientifique, 1881.)

SOUSCRIPTION POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL.

(Sixième liste.)

M. le professeur Lasègue.	400 francs.
M. le docteur Rota.	400 —
M. le docteur Jules Falret (deuxième versement).	200 —
M. le docteur Desmaisons (de Bordeaux)	50 —
M. le docteur Auguste Pinel (neveu).	400 —
M. le docteur Danis.	20 —
M. le docteur Doutrebente.	40 —
Total.	580 —
Listes précédentes.	41.244
Total général.	44.824 francs.

Cours clinique des maladies mentales. Asile Sainte-Anne. — M. le professeur BALL a commencé son cours le dimanche 6 novembre 1881 et le continue les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Hospice de la Salpêtrière. — M. le D^r AUGUSTE VOISIN a recommencé ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche, 20 novembre 1881, dans le nouvel amphithéâtre, à neuf heures et demie, et les continue tous les dimanches.

Asile Sainte-Anne. M. le D^r MAGNAN a repris dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques, le dimanche 27 novembre à neuf heures et demie et les continue les dimanches et mercredis à la même heure. Les leçons porteront plus particulièrement cette année sur les dégénérescences intellectuelles et les formes chroniques de la folie.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



SOMMAIRE. — Physiologie générale du cerveau. — Analogie entre le rêve et le délire des alcoolisés. — Les rêves et les localisations cérébrales. — Poids du cerveau. — Circonférence de la tête. — Propriétés excitantes du bromure de potassium. — Les femmes docteurs dans les asiles d'Amérique. — Les accidents causés par les aliénés.

La mode est aux travaux analytiques, aux recherches minutieuses portant sur des points de la science limités et spéciaux. Cette tendance se manifeste dans les études relatives au système nerveux, aussi bien, plus peut-être, que dans beaucoup d'autres. Mais l'analyse est surtout utile parce qu'elle conduit à la synthèse, et les détails devraient principalement servir à établir, par leur rapprochement et leur comparaison, de larges vues d'ensemble. Aussi nous faisons-nous un plaisir de signaler, comme très intéressantes et très élevées, les leçons de M. Ch. Richet sur les conditions générales de la vie du cerveau. Il a utilisé lar-

gement un très grand nombre de travaux individuels, de recherches isolées, pour montrer, en les rapprochant et les systématisant, les conditions de l'existence physiologique de l'encéphale. La plus large part de cette étude revient, naturellement, à celle de la circulation cérébrale, et aux accidents qui résultent soit des modifications du sang en quantité, insuffisance ou excès, soit de ses modifications en qualité, asphyxie ou empoisonnement. Quel que soit le genre de modification que l'on considère, on constate que les accidents sont très analogues entre eux, sinon tout à fait identiques. Ils consistent en une période d'excitation plus ou moins intense et plus ou moins durable, à laquelle succèdent des étourdissements, des vertiges, suivis eux-mêmes d'obnubilation intellectuelle, puis de perte de connaissance, de stupeur et de coma.

Puisque des états morbides si différents déterminent des symptômes à peu près semblables, ils doivent avoir quelque élément commun, qui constitue la cause réelle et immédiate des troubles cérébraux observés. Cette cause commune, c'est l'absence d'une quantité suffisante d'oxygène, ce que M. Richet désigne sous le nom d'*anoxhémie*; celle-ci est la conséquence, non seulement de l'anémie ou de l'hyperémie cérébrale, de la compression ou de l'hémorrhagie, mais aussi de l'asphyxie, de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, et on l'observe également, d'une manière graduelle et pour ainsi dire chronique, dans le mal des montagnes, dans les ascensions aéronautiques.

« Dans tous ces cas, il y a défaut d'oxygène dans le » cerveau, et conséquemment, excitation avec céphalalgie » et vertiges, puis coma, stupeur, sommeil profond et perte » de conscience.

» En résumé, nous trouvons que pour l'intégrité des » fonctions du cerveau, il faut un courant sanguin oxygéné, » passant régulièrement dans la substance nerveuse. Il n'y » a de conscience, d'intelligence, de volonté, d'énergie

» morale et de force physique que si la circulation cérébrale
» est intacte. »

Sans doute, ce n'est pas là une découverte originale; mais il est utile et commode de trouver des théories générales exposées avec méthode et clarté; à ce titre, et à bien d'autres, se recommandent les leçons de M. Richet (*Revue scientifique*, 24 décembre 1881).

La lecture d'un travail de M. le professeur Lasègue est toujours une bonne fortune. Le grand public, celui qui forme la clientèle de la *Revue des Deux-Mondes*, a été récemment mis au courant, par lui, de ce que la science peut dire, avec sécurité, sur la question de l'hypnotisme, qui a un si grand intérêt d'actualité. C'est plus particulièrement au public médical que s'adresse un mémoire original, intitulé : « Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve, » titre que l'auteur a rédigé, intentionnellement, en termes quelque peu paradoxaux, pour mieux appeler l'attention (*Archives générales de médecine*, novembre 1881).

Son thème se comprend de lui-même; il consiste à exposer, théoriquement, les caractères du rêve et ceux du délire, et à montrer que l'alcoolisé, qui n'est plus le maître de sa raison, ressemble plus au rêveur qu'à l'aliéné.

On retrouve dans ce travail les observations fines, les idées ingénieuses, les saillies pittoresques du style qui sont les qualités habituelles de l'éminent professeur; les récits qu'il met dans la bouche de ses malades sont autant de petits tableaux d'un naturel achevé.

Certaines phrases mériteraient de passer à l'état d'axiome; celle-ci par exemple qui résume parfaitement toute une question de pathologie mentale : « De même » qu'on ne devient pas délirant alcoolique sans avoir mal » dormi, de même on ne saurait être réputé guéri, si on n'a » pu bien dormir. »

D'autres passages ont le mérite de mettre en relief des

idées nouvelles, ou sur lesquelles on n'avait pas suffisamment insisté, jusqu'à présent ; tel est celui où il affirme que l'aliéné ordinaire ne rêve jamais sur les sujets de son délire diurne, en sorte qu'il en serait des aliénés comme des choréiques, pour lesquels toute trace de la maladie cesse au moment précis où ils s'endorment.

Citons encore, comme très importantes, les remarques relatives à la manière dont les divagations alcooliques peuvent, comme le sommeil et le rêve, être momentanément interrompues, suspendues par un réveil brusque, par une impression morale énergique, sauf à reprendre leur cours, aussitôt que les malades se trouvent, de nouveau, abandonnés à eux-mêmes.

A côté de tant de qualités, n'y aurait-il pas place pour certaines objections?

En voici une qui ne nous paraît pas sans valeur ; sans doute, les idées de l'alcoolisé peuvent ressembler surtout à un rêve ; mais il agit d'une manière conforme à ces idées et, en cela, il se rapproche davantage de l'aliéné ordinaire.

Le rêve, « tel que celui-ci se comporte en dehors de toute » atteinte alcoolique, » reste un phénomène que l'on pourrait qualifier de platonique. Il se peut bien, comme le dit M. Lasègue, que le rêveur soit plus qu'un spectateur des événements qui passent devant son esprit, qu'il y soit partie prenante, qu'il y joue un rôle actif. Mais cette action reste un fait imaginaire ; elle ne se traduit pas par des actes réels ; en un mot le dormeur qui rêve ne se lève pas pour agir d'une manière conforme aux impressions qu'il a ressenties dans son rêve.

L'aliéné au contraire, et par excellence l'halluciné obéiront réellement à leur délire et traduiront leur pensée par des actes. Or, le trouble alcoolique pousse certainement ceux qui en sont atteints à agir, et c'est presque toujours la nature extravagante de leurs actes qui fixe sur eux l'atten-

tion. Sous ce rapport, les alcoolisés paraissent donc se rapprocher davantage des aliénés que des simples rêveurs.

En ce qui concerne la physiologie du rêve proprement dite, les sensations imaginaires qui le composent sont-elles aussi exclusivement visuelles que le dit M. Lasègue, et les impressions auditives n'y ont-elles, réellement, qu'un rôle tout à fait secondaire et effacé? Cette opinion de M. Lasègue est la contre-partie de celle qu'il a développée en plusieurs circonstances, et tout récemment devant la Société médico-psychologique, et d'après laquelle les hallucinations du délire de persécutions seraient exclusivement auditives, en sorte que les deux grandes classes d'hallucinations s'excluraient pour ainsi dire l'une l'autre, et auraient chacune un caractère pathognomonique, celles de l'ouïe caractérisant, d'une manière presque absolue, les délirants persécutés, et celles de la vue étant l'apanage spécial des délirants alcooliques.

Nous pensons qu'il ne serait pas difficile de citer des faits en opposition avec cette seconde proposition, comme on en a cité qui ne s'accordent pas avec la première. En voici quelques-uns que nous rapportons de mémoire, sans avoir fait aucune recherche dans les livres.

Le premier se rapporte au rêve naturel. Une personne, qui mérite une confiance absolue, nous a dit se rappeler, depuis plusieurs années, un chant religieux dont les paroles et la musique ont été portées à sa connaissance dans le cours d'un rêve. C'est là, sans doute une impression auditive bien réelle, et qui ne peut guère être considérée comme secondaire et accessoire.

Passons à des malades alcoolisés. Nous avons soigné un jeune homme de bonne famille qui s'était grièvement blessé en tombant au travers d'une couverture vitrée. En proie à des hallucinations alcooliques terrifiantes, il entendait, pendant la nuit, des gens qui, de la rue, tiraient des coups de pistolet contre sa fenêtre pour le tuer. Ne réussissant

pas, ils avaient forcé la porte de la maison et montaient tumultueusement par l'escalier; jugeant, d'après le bruit de leurs pas et de leurs cris, qu'ils étaient arrivés à sa porte et se préparaient à l'enfoncer, il s'était sauvé par la fenêtre; pour leur échapper par les toits, et c'est ainsi qu'il avait fait la chute périlleuse à la suite de laquelle il fut amené à l'asile.

Un contre-maître distillateur ne pouvait rester tranquille ni nuit, ni jour; il était toujours sur pied, donnant des ordres énergiques à ses ouvriers pour qu'ils eussent à fermer les robinets des tonneaux; c'est qu'il était continuellement tourmenté par le bruit du liquide qui se perdait dans le magasin, les robinets restant toujours ouverts; malgré ses ordres et ses efforts.

Ce sont bien là des exemples d'hallucinations alcooliques et les dernières avaient le cachet professionnel si fréquent en pareil cas; mais il est évident, aussi, que c'étaient des hallucinations auditives et l'influence déterminante exercée par elles sur les actes des malades ne permet guère de les reléguer au rang de sensations vagues et sans importance. La règle posée par M. Lasègue n'est donc pas sans comporter certaines exceptions; ce qui n'enlève rien à l'originalité de son travail, ni à l'attention qu'il mérite.

Puisque nous parlons du rêve et de ses conditions physiologiques, nous devons signaler une communication faite par M. G. Delaunay, à la Société de biologie, dans la séance du 31 décembre 1881. L'auteur aurait trouvé, dans l'étude des rêves une confirmation des idées courantes sur les localisations cérébrales, et il pense que l'on peut se procurer des rêves de telle ou telle nature, suivant la manière dont on se couche, la partie du cerveau la plus déclive, pendant le décubitus, étant celle qui imprimerait aux rêves leur caractère spécial. Il résulterait de l'enquête faite par M. Delaunay que les

rêves que l'on fait quand on est couché sur le dos sont sensoriels, colorés, mouvementés, lubriques.

Les rêves faits quand on est couché sur le côté droit seraient illogiques, absurdes, enfantins, pleins de vivacité et d'imagination; les vers que l'on compose en pareil cas seraient dénués de sens, mais corrects sur leurs pieds.

Les rêves faits quand on est couché sur le côté gauche seraient moins absurdes, et souvent même intelligents; les rêveurs feraient, en pareils cas, des discours à haute voix.

On pourrait produire artificiellement des effets analogues, non plus en se couchant dans telle ou telle position, mais en mettant une épaisseur de ouate sur telle ou telle partie du crâne, de manière à déterminer, dans cette région, une élévation de température crânienne, qui entraînerait une hyperthermie cérébrale correspondante, d'où une plus grande activité dans les phénomènes intellectuels automatiques du sommeil.

Il est bien entendu que, d'après M. Delaunay, ces variétés dans le caractère dominant des rêves viennent à l'appui des théories qui localisent les centres de la sensibilité et de la reproduction dans les parties postérieures du cerveau, qui montrent l'hémisphère gauche exerçant des fonctions intellectuelles plus relevées que le droit et d'après lesquelles il serait, en particulier, le siège de la faculté du langage.

Voici MM. les poètes et les orateurs bien prévenus; ils savent, maintenant, comment ils doivent s'y prendre pour faire de beaux rêves et prononcer des discours éloquentes; s'ils n'y réussissent pas, ce sera sans doute mauvaise volonté de leur part, ou bien, oubli de se coucher de la bonne manière.

Bischoff, de Bonn, a publié une étude sur le poids du cerveau de l'homme, dans ses relations avec le sexe, l'âge, le poids et la dimension du corps; son travail est basé sur un ensemble de 900 autopsies, pratiquées avec les pré-

cautions les plus grandes. A l'objection que les cadavres observés étaient ceux de malades morts de toutes sortes de maladies différentes, dont certaines avaient produit un amaigrissement considérable du corps, sans exercer une influence équivalente sur le cerveau, il répond que cet inconvénient disparaît par suite des nombres considérables sur lesquels il a opéré, et que, d'ailleurs, la maigreur de certains cadavres pouvait être considérée comme compensée par l'anasarque de certains autres.

D'après les observations recueillies dans un hôpital, sur des sujets appartenant pour la plupart aux classes sociales peu aisées, le poids du cerveau oscillerait, chez l'homme, entre 1,048 et 4,925 grammes, et chez la femme entre 820 et 4,565 grammes. La moyenne serait de 4,362 grammes chez le premier et de 4,219 chez la seconde, ce qui donne une différence de 143 grammes entre les deux moyennes ; en d'autres termes, la moyenne du poids du cerveau de la femme représenterait les 89 centièmes, ou approximativement les 9 dixièmes de celui de l'homme. La différence d'après le sexe est la plus considérable de toutes celles qui ont été constatées ; elle doit donc tenir, en partie, au sexe lui-même et ne peut s'expliquer uniquement par les inégalités du poids du corps ou de la stature.

Bischoff classe ses résultats, au point de vue comparatif du poids du corps et de celui du cerveau, en groupes dont chacun augmente de 10 kilos sur le précédent ; dans chacun de ces groupes, à égalité de poids du corps, la moyenne du poids du cerveau est plus élevée chez l'homme que chez la femme. Il existe aussi, dans l'ensemble, un certain parallélisme entre le poids du corps et celui du cerveau, mais ce rapport ne s'observe qu'en comparant de grands nombres et il est sujet à des variétés individuelles très considérables.

D'après l'ensemble des observations, le poids du cerveau est environ le 35^e du poids du corps ; la proportion

augmente à proportion que le poids diminue, en sorte que les petits individus ont, 'proportionnellement, un cerveau plus lourd. Les variations entre la stature et le poids du cerveau suivent assez exactement celles qui se rapportent au poids du corps.

Au moment de la naissance, le poids du cerveau représente à peu près le huitième du poids du corps, et naturellement cette proportion décroît avec l'âge.

Le développement cérébral paraîtrait s'arrêter à vingt ans chez la femme, tandis que chez l'homme il pourrait se prolonger jusqu'à trente ans; le poids commencerait à diminuer vers soixante ans, peut être plus tôt chez la femme.

Bischoff étudie aussi la question des relations entre le poids du cerveau et le développement intellectuel; d'une manière générale, il admet qu'il y a un certain parallélisme entre ces deux termes; mais très souvent ce parallélisme est faussé par des particularités individuelles ou par l'influence d'autres facteurs.

Ce travail se distingue surtout par le grand nombre des autopsies pratiquées et par la rigueur des résultats, mais il n'apporte pas beaucoup d'éléments nouveaux dans les questions qu'il traite; il fournit matière à des comparaisons intéressantes avec les résultats déjà publiés sur le même sujet.

Tandis qu'en Allemagne on pèse les cerveaux, en Angleterre on discute sur les mesures de la circonférence de la tête. Il s'agit de savoir si réellement, dans ces dernières années, le volume de la tête de l'homme aurait diminué. Le fait est allégué par M. Tuckett qui, s'appuyant sur les relevés écrits d'un certain nombre de chapeliers honorablement connus dans leur commerce, prétend que, depuis vingt-cinq ans, la circonférence des chapeaux vendus a diminué en moyenne d'un centimètre. Admettant que le fait soit exact, il resterait à l'interpréter. On fait

remarquer, d'abord, qu'aujourd'hui, les cheveux des hommes sont généralement coupés plus courts qu'ils ne l'étaient autrefois, et qu'en outre, au lieu d'enfoncer son chapeau sur les oreilles, on le laisse perché sur le haut de la tête ; cela seul expliquerait la diminution. Mais M. Roberts fait remarquer, avec raison, qu'il y a d'autres circonstances à prendre en considération. La principale, c'est que bien des gens, à crâne peu développé, des commis et des petits boutiquiers, par exemple, ont adopté l'habitude de porter des chapeaux droits, ce qu'ils ne faisaient jamais autrefois ; d'autre part, une classe d'hommes à tête volumineuse, les membres du clergé, ont abandonné le chapeau haute forme pour se mettre à porter des chapeaux en feutre mou. Si l'on voulait obtenir, par les mensurations des chapeliers, une statistique ayant quelque valeur, il faudrait se borner à expérimenter sur une catégorie sociale unique et limitée, sur les hommes exerçant les professions libérales, par exemple, qui ont toujours porté de grands chapeaux. Alors même que la diminution moyenne serait reconnue exacte, il faudrait se demander si elle ne tient pas surtout à la déformation plus fréquente et à l'étroitesse progressive du bassin chez les femmes, car c'est ce bassin qui est le véritable moule de la tête humaine. Les fœtus mâles sont plus volumineux et ont la tête plus longue que les fœtus féminins, d'où une plus grande mortalité des premiers. Il ne paraît pas douteux que les tendances rachitiques des enfants nés dans les villes, que les occupations sédentaires des jeunes filles dans les magasins, avec l'obligation de se tenir debout, n'aient pour effet de déformer le bassin et de nuire à la race en abaissant à la fois l'échantillon physique et l'échantillon moral des enfants. Les grandes villes servent, pour ainsi dire, de tombeau à la vigueur physique de notre race, moins encore parce que le séjour en est nuisible, que parce que tout ce qui est faible et infirme quitte la campagne pour se renfermer dans les villes. Ces réflexions intéressantes

sont suivies, dans le journal d'où nous les extrayons (*The London medical Record*, 15 janvier 1882), d'une liste donnant les dimensions des chapeaux d'un certain nombre d'hommes connus, et la conclusion dernière est qu'il serait imprudent de prétendre mesurer la grandeur de l'intelligence d'après la grandeur du chapeau. Nous nous gardons bien de dire le contraire !

Tout le monde connaît l'effet stupéfiant exercé par le bromure de potassium ; on admet même, en général, que l'efficacité de ce médicament, dans le traitement de l'épilepsie, tient surtout à la sédation qu'il imprime à l'ensemble des fonctions du système nerveux, et plus particulièrement à ce qu'il affaiblit le pouvoir réflexe de la moelle et du bulbe. Mais cette règle ne paraît pas être sans exception. C'est du moins ce que tend à établir une note récente de M. le Dr Bannister, médecin adjoint d'un des asiles d'aliénés de l'Illinois (*Journal of nervous and mental disease*, juillet 1881). Ce confrère raconte qu'en prenant possession de son service, il manifesta l'intention de soumettre un de ses malades au traitement bromuré ; mais il fut fort étonné d'entendre dire autour de lui, par le personnel de l'asile, que cette médication loin de calmer le malade aurait pour résultat de faire éclater, chez lui, une violente excitation maniaque. Il s'agissait d'un homme de trente ans, vigoureux et bien constitué, épileptique depuis son enfance, en général calme et d'un caractère facile. Les attaques n'étaient pas suivies d'une longue période de trouble, mais elles étaient très fréquentes. Aussi avait-on tenté, à plusieurs reprises, de l'emploi des bromures. Le résultat avait été peu favorable, car si, d'une part, les attaques avaient diminué en fréquence, d'autre part, on avait vu se produire un véritable accès de manie aiguë qui avait cessé aussitôt que le médicament avait été interrompu. Pendant les périodes d'agitation, le malade s'était montré violent, agressif et très dangereux.

Surpris de ces renseignements, le Dr Bannister voulut répéter lui-même la tentative, et les phénomènes déjà constatés se renouvelèrent sous ses yeux. Au bout de trois semaines de traitement par le bromure de potassium et le bromure d'ammonium combinés, les attaques convulsives avaient presque cessé, mais le malade était devenu irritable, querelleur et tout à fait dangereux. Quelques jours après, il se précipitait, sans motif, sur un gardien dont il mettait les vêtements en lambeaux. On jugea à propos de suspendre l'emploi du bromure; en très peu de temps toute agitation cessait et les attaques convulsives reparaissaient.

Deux autres aliénés épileptiques ont aussi présenté quelque chose d'analogue, mais d'une manière beaucoup moins accentuée. Différents médecins ont dit au Dr Bannister qu'ils avaient aussi observé des cas du même genre.

Après avoir rapporté ces faits, l'auteur se demande si le bromure exercerait directement une action excitante sur le système nerveux, ou si, plutôt, il n'aurait pas seulement pour effet de supprimer des convulsions qui agissaient comme une sorte de soupape de sûreté, ou de préservatif de l'excitation maniaque. Envisagées à ce point de vue, les attaques épileptiques seraient plutôt utiles que nuisibles, en se substituant à d'autres accidents nerveux d'une nature encore plus dangereuse.

Ces faits et ces explications ont besoin d'être soumis au contrôle de l'observation et de l'expérience; mais il y a longtemps que nous avons été amené, par la pratique, à penser que, chez un bon nombre d'épileptiques chroniques, il est plus nuisible qu'avantageux de retarder l'apparition des attaques, les accidents pouvant gagner en intensité ce qu'ils perdent en fréquence. Il y a plus longtemps encore que Marshall Hall a comparé le système nerveux des épileptiques à une bouteille de Leyde, dont les étincelles sont faibles quand on les soutire fréquemment, mais dont

les décharges peuvent devenir foudroyantes lorsqu'on a laissé l'électricité s'accumuler à haute dose.

Au mois de juillet dernier, une dame, docteur en médecine, s'est présentée à la Société médico-psychologique de Paris et il a suffi qu'elle apportât, à l'appui de sa candidature, un travail scientifique se rattachant aux études habituelles de la Société, pour que celle-ci se soit empressée de lui ouvrir ses rangs et de l'admettre parmi ses membres.

Les choses ne se sont pas passées de même, presque à la même date, aux États-Unis ; nous nous figurons généralement que l'émancipation des femmes est beaucoup plus avancée dans le nouveau monde que dans l'ancien, et cependant une dame, également docteur en médecine, et de plus attachée au service d'un grand asile d'aliénés, s'est efforcée d'être admise à la réunion annuelle de l'Association des médecins aliénistes américains, sans obtenir le moindre succès. L'incident nous a paru intéressant, surtout par le jour qu'il jette sur un côté peu connu, croyons-nous, de l'organisation de certains asiles de ce pays.

A la première séance de la session, le secrétaire donna lecture d'une lettre, émanant du conseil d'administration de l'hôpital de l'Etat de Pensylvanie pour les aliénés, à Harrisbourg, et dont voici le passage important : « En avril 1880, il fut décidé qu'une femme médecin serait chargée, à l'exclusion de toute autre personne, du traitement médical des femmes aliénées traitées dans cet asile. M^{me} Marguerite Cleaver, docteur en médecine, fut nommée à ce poste et depuis le 1^{er} septembre 1880, aidée par Jeanne Garver, également docteur en médecine, elle a rempli ses fonctions au grand profit des malades et à l'entière satisfaction des administrateurs ; c'est à la demande de ceux-ci qu'elle désire assister aux réunions de l'Association. » Cette lettre avait été remise au bureau par M. le Dr Gerhard, superintendant médical de l'asile de Harrisbourg, qui avait fait

savoir que M^{me} Cleaver était dans la ville, où se tenait la réunion, attendant la réponse à la lettre.

Pour mieux expliquer la situation, le D^r Gerhard entra dans les détails suivants : « Les asiles de la Pensylvanie ne » sont pas, tous, organisés d'après le système le plus ordi- » naire en Amérique. C'est ainsi que, dans l'asile de » Morristown, il n'y a pas de directeur-médecin. Il y a un » médecin en chef pour les hommes, un médecin en chef » pour les femmes et le conseil administre lui-même. A » Harrisbourg, je suis bien le directeur-médecin de l'établis- » sement, mais je n'ai à traiter que les malades hommes ; » dans la section des femmes le traitement des malades est » exclusivement entre les mains de la dame docteur. Pour » moi, je n'ai aucune autorité médicale sur cette section ; » par conséquent, je ne puis pas représenter d'une manière » complète l'asile, au sein de notre Association. C'est pour » cela que nos administrateurs auraient désiré que ma » collègue fût admise à prendre part aux travaux de » l'Association. »

Cette dernière s'est évidemment trouvée fort embarrassée, et elle a dissimulé son peu de désir d'ouvrir ses rangs à la dame Cleaver à l'aide d'un assez pauvre expédient. Constatant que la lettre des administrateurs demandait seulement, pour cette dame, le droit d'assister aux séances, et qu'une décision antérieure ouvrait les portes de la salle à tous les médecins attachés à des asiles, elle s'est contentée de déclarer qu'elle avait reçu la lettre, et a passé outre sans faire de réponse.

Voilà bien la difficulté tournée, pour une fois ; mais qu'arrivera-t-il si, l'année prochaine, les femmes docteurs des asiles américains demandent, non plus à assister aux séances, mais à devenir membres de l'Association et à prendre une part active à ses travaux ?

Malgré la fréquence des maladies mentales, le nombre

des aliénés, vivant en liberté, ne constitue qu'une minorité presque imperceptible, comparativement à l'ensemble de la population ; et cependant il n'y a pas de semaine, presque de jour, où les journaux ne signalent des accidents plus ou moins graves qui sont l'œuvre des aliénés : homicides, suicides, infanticides, blessures, incendies. On trouve du reste la chose toute simple ; il suffit d'ajouter à la fin d'un article à sensation « le nommé X... donnait, depuis un certain temps, des signes d'aliénation mentale, » pour que le lecteur passe outre, sans se demander si, en raison de ces signes donnés depuis un certain temps, la famille ou l'autorité publique n'auraient pas dû prendre des mesures, prévues par la loi, et qui, mieux observées, pourraient prévenir bien des malheurs.

Par contre, dans les asiles d'aliénés, les malades privés de leur raison sont réunis en grand nombre, le plus habituellement par centaines, et cependant on peut dire que les accidents, si fréquents au dehors, y sont relativement très rares. Mais quand il s'en produit un, on manque rarement d'incriminer le personnel de l'établissement, chefs ou subalternes, de les accuser de négligence ou d'impéritie, et de vouloir les rendre responsables de faits qui, en réalité, ne sont imputables qu'à la folie des malheureux qui les commettent inconsciemment.

Un fait qui vient de se passer, en novembre 1884, à l'asile de Fulbourn, près Cambridge, en Angleterre, est instructif à cet égard. L'aliéné Taylor se tenait tranquille et inoffensif, debout, à quelques pas d'un infirmier ; ce dernier voit un autre malade, nommé Warwick, qui vient par derrière et qui, d'une manière subite, sans que l'infirmier ait le temps de s'y opposer, donne avec le poing un coup sur la joue de Taylor. Immédiatement ce dernier tombe à terre ; le médecin adjoint et le médecin en chef, appelés de suite, arrivent en quelques instants et ne trouvent plus qu'un cadavre ; la mort avait été, pour ainsi dire, ins-

tantannée. Warwick était un épileptique, âgé de vingt-six ans, imbecile et souvent désordonné à la suite de ses attaques; en temps ordinaire il était habituellement tranquille et s'occupait aux champs ou au ménage; parfois il maltraitait les gardiens; on n'a pu alléguer aucune cause à son acte d'agression contre Taylor.

A l'autopsie, on trouva une hémorrhagie sous-arachnoïdienne, qui avait pénétré dans le quatrième ventricule; celui-ci était rempli par un caillot qui comprimait le bulbe et la moelle allongée, et dont la présence expliquait suffisamment la mort subite; les artères de la base étaient minces et fragiles, ce qui explique comment un simple coup, porté sur le côté de la tête, a pu déterminer une rupture; mais il ne semble pas que l'on ait trouvé l'endroit précis par lequel l'hémorrhagie s'était produite. Le coup n'avait laissé aucune trace extérieure. L'enquête a été faite par le coroner, devant un jury; les faits ont été expliqués par le Dr George Mackenzie Bacon, directeur-médecin, par les Drs Boyd et Wherry, médecins adjoints, et par plusieurs infirmiers.

Le jury déclara que le décédé était mort à la suite d'un coup qui lui avait été porté par Warwick, lequel ne jouissait pas de sa raison et était irresponsable de ses actes.

Le coroner ajouta qu'à son avis, dans cette triste circonstance, aucun blâme ne pouvait être adressé ni aux chefs ni aux serviteurs de l'asile.

Le *Journal of mental science* de janvier 1882 (p. 625) fait remarquer que les accidents analogues, qui sembleraient devoir être très fréquents dans les asiles, y sont au contraire très rares, et que cela fait grand honneur à ces établissements. C'est là, évidemment, une appréciation très juste et très éclairée des faits; mais peut-on espérer qu'elle soit toujours partagée par le public en général, et n'arrive-t-il pas, plus d'une fois, que des médecins d'asiles soient bien tracassés pour des accidents dont, en réalité, ils ne sont nullement responsables?

A. F.

Pathologie

NOTE

SUR LA

FOLIE A DOUBLE FORME

ACCÈS MULTIPLES SE PRODUISANT A DES INTERVALLES
INÉGAUX ET SOUVENT TRÈS LONGS

Par le D^r DOUTREBENTE

Directeur-Médecin de l'asile des aliénés de Blois

La folie à double forme est assurément une vésanie dont l'étude offre un grand intérêt, mais on est obligé de reconnaître que, si on a beaucoup discuté sur ce sujet, la science ne possède encore que très peu d'observations.

Les premières ont été publiées par M. Baillarger, dans son mémoire lu à l'Académie en 1854. Ces observations, au nombre de six, avaient été choisies de manière à reproduire les différentes formes de la maladie.

Au point de vue de la marche, il a signalé trois formes principales :

La première comprend les accès revenant d'une manière intermittente à des intervalles réguliers ou à peu près réguliers.

Dans la seconde se rangent les malades qui ont aussi un certain nombre d'accès, mais à des intervalles tout à fait irréguliers.

Dans la troisième forme, les accès se succèdent sans interruption, c'est la double forme à accès continus.

Les faits de la seconde catégorie sont peut-être les plus rares, et je crois devoir en publier aujourd'hui un exemple qui m'a paru avoir quelque intérêt.

Cette observation a d'ailleurs cela de remarquable qu'il y a eu, dans ce cas, hérédité similaire. Le père du malade avait, en effet, été atteint d'accès pareils à ceux qui se sont développés plus tard chez son fils.

SOMMAIRE. — 55 ans. Père atteint de folie à double forme : premier accès à 25 ans. — Période maniaque initiale. — Durée de l'accès, deux mois. — Deuxième accès à 29 ans. — Durée de l'accès, deux mois. — Troisième accès à 33 ans. — Quatrième accès à 42 ans. — Cinquième accès à 55 ans.

M. D... Louis, aujourd'hui âgé de cinquante-six ans, négociant, originaire du nord de la France et domicilié à R..., a fait cinq séjours dans une maison de santé depuis vingt-cinq ans.

D'une taille moyenne, le thorax et les membres bien conformés, M. D... jouit habituellement d'une bonne santé physique ; mais si on examine la conformation extérieure du crâne, on constate une microcéphalie évidente avec aplatissement de la région frontale. L'indice céphalique, calculé suivant la méthode de Broca, donne 74 et répond à un crâne long ou dolichocéphale.

Les renseignements recueillis sur la famille de notre malade, nous ont appris que son père avait présenté les mêmes particularités morbides, que nous décrirons plus loin ; mais après un certain nombre d'accès, il devint impossible de distinguer les périodes de manie ou de mélancolie et les intermittences. Les enfants de M. D... ne présentent rien de particulier, si ce n'est le plus jeune qui a un pied-bot.

Dès l'enfance, notre malade passait déjà pour un peu

bizarre et présentait des variations d'humeur presque périodiques ; il a pratiqué sur une large échelle l'école buissonnière, désertant la famille ou le collège pour vivre à l'aventure comme un vagabond, sans but avouable et sans motif précis. Quand il ne réussissait pas à s'évader, on le trouvait triste, songeur et absolument inactif. Puis brusquement, il se remettait au travail avec une ardeur fébrile, essayant pendant un mois ou deux de regagner le temps perdu ; on le voyait, alors, m'a dit son frère, déployer des ressources intellectuelles, qu'on refusait de lui accorder en temps ordinaire. Des études faites ainsi, à bâtons rompus, constituent à M. D... une demi-instruction assez étendue, mais superficielle en toute chose.

Premier accès. — Vers l'âge de vingt-cinq ans, D... a présenté tous les symptômes d'une manie congestive avec surexcitation des facultés intellectuelles et conceptions délirantes de nature orgueilleuse ; il se lance alors dans des opérations financières et industrielles qui devaient lui rapporter de gros bénéfices ; mais pendant ce temps, son fonds de commerce périclité ; il ne s'en préoccupe pas le moins du monde et cherche querelle à sa femme, qui cependant à elle seule fait encore marcher la maison de commerce. Au bout de quelques semaines, il abandonne sa famille, se rend à Paris pour mettre ses grands projets à exécution, il réussit rapidement à se faire prendre par la police en pleine période d'excitation maniaque. Placé pour la première fois dans une maison de santé, il ne tarde pas, au bout d'un mois, à présenter les signes les plus évidents d'une amélioration assez notable ; à l'agitation succède le calme le plus complet et cela assez brusquement. A ce moment on espérait presque la guérison, mais le médecin traitant ne tarda pas, au bout de quelques jours, à remarquer que cette accalmie ne présageait rien de bon : D... ne parlait plus, ne manifestait aucun désir, et progressivement marchait vers un état de stupeur mélancolique pendant lequel il ne

fit plus un mouvement volontaire, se laissant soigner et nourrir comme un enfant. Cette période de mélancolie aiguë dura encore un mois et disparut dans le cours du mois suivant, où M. D... revint à l'état normal.

Pendant quatre ans et neuf mois, M. D... a pu reprendre la direction de ses affaires en y apportant, m'ont dit son frère et son fils, tout le calme, le sang-froid et le discernement nécessaires pour la bonne gestion de toute entreprise commerciale ; il était parfaitement guéri.

Deuxième accès. — Puis, sans cause occasionnelle apparente, son caractère change, il cherche dispute à ses parents, querelle sa femme, néglige ses affaires, tout en parlant d'en décupler le chiffre ; l'agitation survient avec le besoin exagéré de locomotion et les idées ambitieuses. Placé immédiatement dans une maison de santé, D... n'eut pas le temps de dilapider sa fortune et de déprécier son commerce, comme il l'avait fait au premier accès. Suivant le dire des parents, la maladie aurait suivi la marche décrite plus haut, chaque période ayant une durée d'un mois. Toutefois, comme M. D..., était inoffensif dans l'état de mélancolie, il fut mis en liberté trente-cinq jours après la seconde séquestration.

Troisième accès. — Dix ans après le début du premier accès, alors que le malade était âgé de trente-cinq ans, il fallut de nouveau placer M. D... dans la maison de santé où il est encore aujourd'hui ; les notes médicales que nous avons trouvées sur ce troisième accès sont fort courtes et se réduisent à ces quelques mots : « Rien de particulier à signaler dans l'état mental, si ce n'est qu'il est la reproduction exacte de ce que nous avons déjà observé lors de la deuxième équestration. »

Quatrième accès. — Il présente ceci de particulier, c'est qu'il n'a pas été observé par la famille et les médecins habituels, le malade avait alors quarante-deux ans. Son humeur vagabonde paraissant atténuée, par le progrès de

l'âge, inspirait moins d'inquiétude à sa famille, lorsque, après quarante-huit heures de changement dans ses habitudes et une légère irritation, il disparut du logis pour n'y revenir qu'au bout de six mois. C'est pendant la guerre que D... fit cette fugue ; la famille, qui se trouvait dans la portion de la France envahie par l'ennemi, ne put faire que des tentatives infructueuses pour savoir ce qu'il était devenu ; elle est persuadée que, pendant son absence, D... a été placé dans un asile d'aliénés du midi de la France, d'où il a réussi à sortir soit par évasion, soit par suite de guérison. Le malade, interrogé à cet égard, n'a jamais fourni d'explications catégoriques ; il est vrai de dire, que D... n'avoue pas facilement ses nombreux séjours dans une maison de santé et que même, dans les périodes d'intermission, il évite de parler d'accidents névropathiques dont alors il a conscience. Pendant la période d'excitation, il crie à la séquestration arbitraire et fait plaintes sur plaintes au procureur de la République ; quand il rentre chez lui, il oublie tout pour se remettre au travail et vivre tranquillement en bon père de famille.

Cinquième accès. — Nous avons observé l'année dernière le cinquième accès, survenu après neuf ans d'intermission ; l'agitation a duré trois mois et s'est continuée pendant quelques jours avec des alternatives de calme et d'agitation, comme on l'observe parfois chez les fous raisonnants qui, se prétendent persécutés par leur famille et qui protestent contre leur séquestration : « C'est dans le but de me dépouiller et de dilapider ma fortune que ma femme m'a fait séquestrer. »

Les parents trouvaient que l'accès durait d'une façon insolite et craignaient que, à l'exemple de son père, M. D..., ne finisse pas rester malade sans période d'intermittence ; ils attendaient avec impatience le retour de la période de mélancolie pour faire sortir le malade ; habitués qu'ils sont à compter les jours, ils manifestent souvent par lettres

l'étonnement que leur cause la prolongation du séjour. Enfin, après cent dix jours de séquestration, D... devenant calme, puis profondément mélancolique, la famille réclama sa sortie. Quatre mois après, notre malade avait repris ses occupations antérieures et jouissait au physique et au moral d'une santé parfaite.

On voit dans l'observation qui précède, que le malade a eu cinq accès séparés entre eux par des intervalles de santé de plus en plus longs : cinq, six, sept et treize ans. Cette observation peut être rapprochée d'un fait rapporté par Esquirol, mais avec cette différence que les accès, au lieu de s'éloigner à mesure que le malade avançait en âge, survenaient au contraire à des intervalles de plus en plus rapprochés. Le dernier accès seul fait exception.

Il s'agit d'une femme qui eut à vingt et un ans un premier accès de folie à double forme et qui, successivement, en eut six autres à des intervalles de huit, de six, de quatre ans, d'un an ; le sixième accès n'eut lieu que cinq ans après le cinquième. Tous ces accès, dit Esquirol, offrirent le même caractère : « invasion subite provoquée par quelque affection » morale ; période maniaque de deux à trois mois, remplacée par la période mélancolique qui d'abord n'avait que deux à trois mois de durée, et qui a persisté beaucoup plus longtemps dans les deux derniers accès. »

Les faits de ce genre sont rares, mais ils permettent au moins de juger les discussions qui ont eu lieu quant à la dénomination qu'il convient de donner à la maladie.

Falret, comme on sait, avait d'abord signalé pour la manie et la mélancolie un certain mode de succession qu'il désignait sous la dénomination de *forme circulaire des maladies mentales* ; mais quand il admit plus tard des accès spéciaux constituant une entité morbide nouvelle, il substi-

tua à la dénomination de *forme circulaire des maladies mentales*, celle de *folie circulaire*.

L'accès de folie circulaire était constitué par trois périodes : l'une d'excitation, l'autre de dépression, la troisième était formée par l'intermittence, la longueur de cette dernière période étant d'ailleurs des plus variables.

Je crois devoir faire remarquer que, si l'auteur n'avait pas admis l'intermittence comme une période, la dénomination de *folie circulaire* n'avait plus de sens, car dans le cas que je viens de rapporter et dans l'observation d'Esquirol, le cercle eût été interrompu par plusieurs années de santé parfaite.

Le malade auquel j'ai donné des soins, n'a eu son dernier accès qu'après treize ans d'intermittence ; ce malade, tout en étant dans l'état le plus normal et en gérant très bien ses affaires, eût donc dû être considéré, pendant ces treize années, comme accomplissant la troisième période d'un accès dont les deux premières n'avaient duré que quelques mois à peine. Ai-je besoin d'ajouter qu'une telle théorie n'est point soutenable et qu'en l'adoptant, on serait conduit à transformer les maladies intermittentes en *maladies circulaires* ? On ne doit donc pas s'étonner que M. Jules Falret, dans son dernier travail sur la *folie circulaire*, ait abandonné cette dénomination.

Il a proposé de la remplacer par celle de *folie à formes alternes*.

Il est facile de démontrer que l'observation que je publie n'est pas une *folie à formes alternes*. Pour qu'il en fût ainsi, il faudrait que les deux périodes qui caractérisent l'accès aient été séparées entre elles par une véritable intermittence. Or, c'est ce qui n'a pas eu lieu. Si cette intermittence avait existé, le malade aurait eu non pas cinq accès de *folie à double forme*, mais cinq accès de *manie* et cinq accès de *mélancolie*.

Il y a certainement des faits de ce genre et on ne peut

leur appliquer de meilleure dénomination que celle de *folies à formes alternes*. Il est vrai que personne n'eût eu la pensée de créer, après la seule observation de ces cas, une entité morbide nouvelle et de lui donner une dénomination particulière.

Ce qui caractérise la *folie à double forme*, c'est l'existence de deux périodes qui ne sont séparées par aucune intermitteance. Quand des accès de folie se reproduisent à certains intervalles périodiques, ils constituent une maladie intermittente comme toutes les autres ; on ne peut pas dire en effet qu'une maladie alterne avec elle-même.

On ne saurait donc appliquer à l'observation que je publie, pas plus qu'à celle d'Esquirol, ni la dénomination de *folie circulaire*, ni la dénomination de *folie à formes alternes*.

Le père du malade, dont j'ai cité ici l'observation, avait eu un grand nombre d'accès et les intervalles lucides avaient fini par disparaître ; les accès se succédaient sans interruption. Or, on a vu que, chez le fils, les accès au contraire semblaient s'éloigner à mesure qu'il avançait en âge. On peut donc espérer que la terminaison sera moins fâcheuse.

Il faut d'ailleurs, je crois, dans les cas de ce genre faire une certaine part, en dehors de l'influence héréditaire, aux causes occasionnelles. Dans l'observation publiée par Esquirol, par exemple, chaque nouvel accès semble avoir été provoqué par des causes morales bien déterminées.

Pendant ses premiers accès, M. D., comme on l'a vu, avait du délire ambitieux (il voulait faire des spéculations, de grandes entreprises et il compromettait sa fortune). C'est là un mode de délire fréquent dans la période maniaque de la folie à double forme. Je n'ai pas besoin de faire remarquer combien ce délire ambitieux, contenu dans des limites assez étroites, offre d'intérêt au point de vue médico-légal. Dans les derniers accès, le délire semble s'être modifié et

avoir pris surtout les caractères de la folie morale, en ce sens que D... avait surtout le délire des actes avec inconscience de son état, perversion des sentiments affectifs, méchanceté persistante pour son entourage et principalement pour sa femme, dont l'intelligence et le dévouement méritaient les plus grands éloges. La période de mélancolie avait beaucoup perdu de son acuité ; dans les derniers accès elle ressemblait à une mélancolie simple sans présenter tous les caractères de la stupidité, ainsi qu'on avait pu l'observer lors du premier accès. Nous ajouterons, pour terminer, que D... est encore aujourd'hui fort intelligent et que probablement il conservera longtemps encore l'intégrité de ses facultés intellectuelles, à moins que les accès futurs, au lieu de s'éloigner, comme ils l'ont fait jusqu'à présent, n'aillent au contraire en se rapprochant. Dans ce cas, on pourrait prévoir la fâcheuse terminaison observée déjà chez le père. Cette observation nous fait assister à une transmission d'hérédité vésanique similaire et nous ferons remarquer que la maladie, à cette seconde génération, semble au moins jusqu'ici s'être atténuée. Les enfants de D., trois garçons ayant déjà un certain âge, nous paraissent avoir hérité des qualités intellectuelles et morales de la mère, tout en ayant avec le père une ressemblance physique assez évidente.

Comme je l'ai dit plus haut, ce qui sépare les folies à formes alternes de la folie à double forme, c'est l'intermittence qui isole les deux vésanies dans le premier cas et qui n'existe pas dans le second.

Cependant il faut reconnaître qu'il y a, quant à l'intermittence, des faits pour lesquels une erreur est possible, en ce sens qu'on peut prendre la période de transition d'une folie à double forme pour une véritable guérison.

Dans les accès de folie à double forme à très longues périodes, le passage de la dépression mélancolique à l'excitation maniaque est quelquefois assez long pour simuler

une intermittence. Cette période de transition peut durer en effet un mois ou même six semaines. Le malade qui sort de la dépression mélancolique et quitte vers l'excitation, réclame sa mise en liberté et il arrive qu'on cède à ses instances. Mais, à peine le prétendu convalescent a-t-il quitté l'asile, que peu à peu les signes d'excitation maniaque se prononcent et qu'on est obligé de le séquestrer de nouveau. M. Baillarger avoue dans son mémoire qu'il a commis cette erreur et il cite d'autres exemples semblables. J'ai vu moi-même un fait qui était peut-être de même nature.

J'ai soigné, à l'asile des aliénés de Montdevergues, un homme d'âge mûr qui, depuis plus d'un an, présentait tous les signes d'une manie aiguë grave, en tout point semblable à tant d'autres que j'avais déjà eu occasion d'observer; je dois dire, cependant, que le malade était d'une *méchanceté* à nulle autre pareille; je n'y ai point alors fait attention, autrement que pour garantir ses compagnons d'infortune contre ses impulsions dangereuses, sans penser à l'importance qu'on aurait pu tirer de ce caractère comme élément de diagnostic différentiel. Un pronostic grave avait été émis en raison de la durée et de la ténacité de l'agitation, dont aucun traitement n'avait pu réussir à atténuer la violence, lorsque, dans l'espace de quelques jours, survint une amélioration tellement sérieuse, que je m'empressai de croire à une guérison prochaine. Le Dr Campagne, sans toutefois se prononcer nettement, n'osait croire à la persistance d'une rémission si soudaine et si complète; il mit tout en œuvre pour me faire partager ses doutes sans pouvoir y réussir. L'état de M. X... s'améliorant de jour en jour, il fut rendu à sa famille dans un état de santé des plus satisfaisants. J'avais donc eu raison de ne pas me rendre aux arguments de M. Campagne, dont la méfiance m'avait paru, d'ailleurs, sensiblement diminuer avec le temps.

Six mois après la sortie du malade et à l'occasion d'une visite faite dans une maison de santé privée avec M. Cons-

tans, inspecteur général, M. Cottard, directeur de l'asile des aliénés de Montdevergues, m'apprit qu'il avait reconnu dans cette maison de santé M. X..., passé à l'état de statue sous l'influence d'une mélancolie avec stupeur : à ce moment, je me rappelai les réticences de mon chef de service quand je me montrais si chaud partisan de la guérison et je jurai, mais un peu tard, qu'on ne m'y prendrait plus.

J'ai eu, depuis, l'occasion de constater un grand nombre de fois les alternatives de rémission et de rechute dans la période terminale d'une manie ou d'une mélancolie, qui marche vers la guérison, et j'ai prudemment réservé mon diagnostic, en présence d'une guérison brusque et survenant d'emblée, dans la crainte de voir s'établir une folie à double forme ou une folie à formes alternes.

Dans une autre circonstance, et à propos d'un jeune savant ayant donné jusque-là les plus grandes espérances, j'ai eu à faire un diagnostic différentiel, pour une excitation maniaque avec délire ambitieux incohérent relevant, soit d'une paralysie générale au début, soit d'une vésanie simple (manie), soit d'une folie à double forme. J'avais appris par la famille les antécédents vésaniques héréditaires qui, pour moi, constituaient à la paralysie générale un terrain mal préparé pour la recevoir et, si je ne tardai pas trop à voir que j'avais affaire à une vésanie, je fus jusqu'à la fin dans l'impossibilité de me prononcer entre une manie simple et une folie à double forme. La situation se prolongeant et devenant inquiétante, j'eus l'idée de recourir à l'application d'un séton à la nuque, moyen qui m'a donné quelquefois des résultats inespérés. Le remède ne parut pas, tout d'abord, apporter des modifications sérieuses soit à la maladie, soit au diagnostic, lorsque enfin, après un mois d'attente, nous eûmes le plaisir de constater une rémission bientôt suivie d'une rechute, puis une seconde rémission, une seconde rechute moins accusée, et ainsi de suite, jusqu'à la guérison qui était définitive soixante-cinq jours

après l'application du seton. A part la méchanceté, le malade ressemblait, en tout point, au moment de son agitation, à celui cité précédemment que j'avais observé à Montdevergues; mais, sans tenir compte du caractère, je formulai cependant le diagnostic définitif de manie simple, en raison de la marche lente et interrompue que la maladie avait suivie pour aboutir à la guérison. Depuis ce temps, notre malade s'est marié, a repris ses occupations antérieures, et ne paraît pas disposé à tomber dans la mélancolie, pour me faire commettre une erreur de diagnostic.

Chez un troisième malade, le nommé R..., cocher de grande remise, âgé de trente-cinq ans et qui lui aussi, pendant plusieurs mois se montra turbulent, agité, incohérent, avec un délire ambitieux analogue à celui qu'on observe dans la paralysie générale, il m'a été impossible, pendant mon séjour à Ville-Evrard, de faire le diagnostic entre une folie à double forme, une manie et une paralysie générale. Les signes physiques de cette dernière maladie avaient fait défaut et cependant, à l'autopsie, nous avons trouvé, dans la moitié antérieure des deux premières circonvolution frontales, les traces d'une méningo-encéphalite localisée dans cette région; après avoir fait le décollement de la pie-mère, nous avons pu constater que les adhérences n'existaient point en dehors de la région frontale, mais ces adhérences étaient assez nettes pour ne pouvoir être contestées; sur le plancher du quatrième ventricule, il n'y avait point de granulations épendymaires. C'est donc bien tardivement que le diagnostic de paralysie générale put être porté: nous nous étions trouvé en présence d'une méningo-encéphalite partielle, ayant évolué en moins d'un an, qui s'était seulement traduite par des phénomènes morbides de l'ordre intellectuel. Il faut en conclure que le processus scléroso-irritatif n'avait pas encore eu le temps de gagner les circonvolutions marginales et les pieds des circonvolutions frontales. Ces dernières régions, en effet,

suivant l'opinion des partisans des localisations cérébrales, contiendraient les centres excito-moteurs de la face et des membres et seraient toujours lésées quand la paralysie générale, ce qui est la règle, s'est accusée par des signes de l'ordre physique, tremblement des membres, des muscles, de la face, etc.

Nous avons su, lors de l'entrée de R... à l'asile, que son père était mort à Bicêtre d'une maladie semblable à la sienne; ce renseignement absolument dénué de précision ne nous a pas permis de savoir si R... était vésanique ou cérébral et si, par conséquent, la maladie relevait d'une hérédité vésanique ou d'une hérédité congestive.

Rien n'est plus remarquable que l'analogie qui existe entre la période d'excitation de la folie à double forme et l'exaltation fonctionnelle, si bien décrite par M. Régis, au début de la paralysie générale; je suis obligé d'avouer que, pour ma part, j'ai fait une erreur de diagnostic en regardant comme atteint de paralysie générale, un ingénieur espagnol qui s'était fait arrêter à Paris par la police, pendant a période d'excitation d'un accès de folie à double forme. Cette erreur, d'ailleurs, avait été commise par plusieurs médecins aliénistes et m'a été clairement démontrée par M. Régis qui, ayant conduit le malade en Espagne dans une maison de santé, a pu obtenir la preuve que cet ingénieur avait déjà eu un premier accès de folie à double forme, quelques années auparavant. Je partage pleinement l'avis de M. Lunier, qui pense qu'il est à peu près impossible de faire le diagnostic différentiel de prime abord, c'est-à-dire à l'aide de l'examen seul du malade; il est donc nécessaire de rechercher avec soin les antécédents héréditaires individuels du malade, ou attendre l'évolution de la maladie pour se prononcer avec certitude.

Le délire, dans la folie à double forme, est, suivant M. Baillarger, bien plus souvent caractérisé par des impulsions instinctives que par des conceptions délirantes pro-

prement dites; on observe aussi, comme dans la paralysie générale; les excès alcooliques ou vénériens, le délire ambitieux et parfois même un peu d'embarras de la parole.

M. Régis, ainsi d'ailleurs que l'avait déjà fait remarquer M. Jules Falret, a donné comme moyen de diagnostic un certain degré d'affaiblissement intellectuel, qu'on observerait toujours chez le paralytique, même au début de la maladie, alors qu'il y a intégrité absolue de l'intelligence dans la folie à double forme, même quand la maladie date de loin. Cette donnée, juste en elle-même au point de vue de la théorie, est, dans la majeure partie des cas, difficile à mettre en œuvre; il faudrait d'ailleurs avoir eu connaissance de l'état intellectuel du malade, avant le début du mal, et malgré cela encore, on arriverait difficilement à connaître la vérité, attendu que la mesure du niveau normal auquel peuvent s'élever les opérations de l'esprit est peut être impossible à déterminer. M. Régis a encore insisté sur ce fait, à savoir : que si le paralytique, à de rares exceptions près, se montre doux, affable et même philanthrope, le fou à double forme est généralement méchant et égoïste; M. Baillarger l'avait déjà indiqué, puisque, dans la folie à double forme, il avait « souvent constaté une tendance continuelle à des actes de méchancetés. »

Je pense encore qu'il n'est pas inutile, en matière de diagnostic, de redire avec J. P. Falret et Morel, que la folie à double forme est une vésanie héréditaire ou une variété de la folie héréditaire, alors que, suivant, les idées exprimées dans ma thèse, la paralysie générale se développe de préférence chez les gens antérieurement sains de corps et d'esprit et absolument indemnes de tout vice vésanique héréditaire.

Lorsque la double forme apparaît dans le cours d'une paralysie générale, elle peut offrir de nouvelles difficultés de diagnostic, puisque les deux états morbides en litige

se rencontrent sur le même sujet, pour former une ou deux maladies évoluant ensemble. Comment alors, et à coup sûr, déterminer si le malade est un vésanique ou un cérébral, en d'autres termes, s'il est atteint de folie à double forme ou de paralysie générale ? Si j'insiste sur ce point c'est qu'il m'est arrivé, en pareille occurrence, de ne pouvoir me prononcer et de dire aux internes du service : Il m'est impossible de porter un diagnostic certain, déterminé par des preuves scientifiques.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
DÉLIRE INTERMITTENT

Par M. le D TAGUET
Médecin-Directeur de l'asile des aliénés de Dijon.

L'intermittence constitue un phénomène presque constant de la folie ; ce n'est plus ici, comme dans les maladies de l'organisme, une accalmie passagère que l'on n'arrive à saisir qu'à l'aide du pouls ou du thermomètre, c'est la cessation plus ou moins apparente des désordres cérébraux. Cette intermittence, qui est généralement considérée comme un symptôme, et plus particulièrement une manière d'être de la manie, nous a paru devoir caractériser, dans certains cas, une entité morbide spéciale, à laquelle nous avons donné le nom de délire intermittent.

§ 1. *Délire intermittent.*

Le délire intermittent essentiel est une affection chronique, héréditaire, à marche identique chez le même individu, quel que soit le nombre des crises, caractérisé plus spécialement par une surexcitation passagère de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté, que précède un état de tristesse insolite et que suit une période de calme pendant laquelle le malade recouvre toute l'intégrité de ses facultés physiques et intellectuelles, autant qu'elle peut l'être lorsque le cerveau a été hanté une fois par le délire. « Les accès, dit Esquirol, reviennent tous les huit jours, tous les mois,

» tous les trois mois, deux fois l'année, tous les ans, tous les
» deux, trois et quatre ans ; ils éclatent spontanément et
» sans autre cause que l'époque, la saison, l'année où les
» accès antérieurs ont eu lieu : ou bien ils sont provoqués,
» tantôt par les mêmes causes qui ont produit les premiers
» accès, tantôt par des causes différentes. »

Les malades atteints de délire intermittent ont présenté de bonne heure une irritabilité anormale, une mobilité de caractère excessive ; enfants, ils ont eu le plus souvent des convulsions ; adolescents, ils sont de véritables sensitives et subissent toutes les influences qui viennent du dehors.

Il n'est pas rare de trouver chez eux des déformations du crâne et des anomalies physiques qui sont du domaine de toutes les affections héréditaires et ne sauraient avoir, par conséquent, rien de particulier.

Longtemps avant l'explosion du délire, on constate, chez ces malades, un délire intercurrent fugitif, de l'ennui, du découragement ; ce n'est pas encore de la folie, mais un état avant-coureur qui s'aggravera sous l'influence de la cause la plus légère.

Il est rare qu'une première et même une deuxième crise soient assez intenses pour provoquer une séquestration, l'accès ayant une durée en général très limitée. Les malades sont, parfois, familiers avec leur délire ; lorsqu'ils sont soumis à l'examen des médecins, ils en indiquent eux-mêmes, le plus souvent, les diverses phases. Comme les hystériques et certains épileptiques, ils sont avertis de l'imminence du danger par une sorte d'aura. C'est, au physique, une douleur précordiale, des palpitations, de l'anxiété gastrique, parfois des sueurs abondantes ou bien une sensation de fatigue extrême, de brisement, comme au début d'une affection organique grave ; il y a plutôt de la somnolence que de l'insomnie, celle-ci précède seulement de quelques jours l'explosion de la période aiguë. C'est, au moral, un état de tristesse et de langueur que rien ne dis-

sipe, le malade en a conscience et il combat pas à pas le délire qui l'envahit, jusqu'à ce qu'il succombe dans cette lutte inégale.

La volonté est le plus souvent émoussée : dans ces moments, nous dit une de nos malades, « tout me semble « montagne...; — travail de géant... » D'autres fois, au contraire, elle est considérablement exagérée, c'est un besoin d'activité indescriptible, on commence dix fois la même chose pour l'abandonner presque aussitôt, tout est confus et indécis. La mémoire est profondément atteinte, et le plus souvent on est obligé d'avoir recours à des moyens artificiels pour se souvenir.

On peut déjà saisir par cette courte description la différence qui existe entre le début de la manie et celui du délire intermittent ; dans le premier cas, l'accès éclate brusquement ou est précédé d'une période d'incubation excessivement restreinte, quelques jours au plus ; dans le second, le délire s'organise lentement et n'arrive à faire explosion qu'après avoir passé par un état intermédiaire de demi-raison et de folie qui s'accompagne d'un léger état d'hypochondrie.

C'est pendant la période d'incubation, qui varie de quelques semaines à un mois et quelquefois plus, que l'idée de suicide, un des phénomènes presque constants du délire intermittent, se présente à l'esprit du malade ; fatigué du présent, inquiet pour l'avenir, il accepte la mort comme moyen terme contre les souffrances du moment et les craintes du lendemain. Le suicide, ici, est conscient, alors que dans la manie il est accidentel et inconscient, et appartient à la période aiguë de l'affection.

Une fois constitué, le délire intermittent présente les symptômes généraux de l'excitation maniaque, à laquelle viennent s'ajouter, presque toujours, quelques idées de satisfaction et de grandeur, symptôme déjà signalé, je crois, par M. Cullerre.

Il est variable, suivant les individus, mais toujours identique chez la même personne, ainsi que nous l'avons déjà dit, quel que soit le nombre des accès.

Dans la période la plus aiguë de l'affection, les malades conservent, comme cela arrive dans la manie hystérique, une partie de leur intelligence et de leur libre arbitre, mais qu'ils sont impuissants à diriger ; aux meilleures intentions correspondent, souvent, les actes les plus regrettables.

Dans la manie, rien de semblable ; le délire des actes et le délire des paroles est généralement inconscient et irréfléchi. C'est à cette intégrité relative des facultés intellectuelles dans le délire intermittent, que nous attribuerons l'absence presque complète des manifestations érotiques qui constituent un des symptômes fréquents de la manie aiguë.

Les causes de la manie sont nombreuses et n'ont rien de spécial ; le délire intermittent n'en reconnaît qu'une seule, l'hérédité, toutes les autres, à quelque ordre qu'elles appartiennent, ne sont que secondaires, accidentelles.

La durée du délire intermittent est variable, mais on peut dire, en général, qu'elle excède rarement quelques semaines et qu'elle cède le plus souvent, au bout de quelques jours, alors que la manie demande, en moyenne, de un à trois mois ; nous nous sommes déjà expliqué sur les cas où la convalescence s'établit, pour ainsi dire, d'emblée, au bout de quelques jours, quelques heures.

C'est à la durée très limitée du délire intermittent que nous devons de ne pas rencontrer ici les altérations de la peau, l'anémie, l'amaigrissement, qui appartiennent à toutes les formes d'aliénation mentale, sans en excepter la manie.

Avant d'arriver à une guérison définitive, la manie subit, avons-nous dit, des alternatives de calme et d'excitation puis des rémissions plus ou moins complètes qui sont an-

noncées par des phénomènes critiques qui ne sont souvent autre chose que l'exagération d'une fonction physiologique restée en souffrance. Nous ne trouvons rien de semblable dans le délire intermittent, il n'y a ni rémission, ni phénomènes critiques. La guérison s'établit d'emblée par l'affaiblissement insensible de tous les symptômes.

Les affections mentales, quelle que soit leur nature, se terminent par la guérison ou bien passent par plusieurs degrés, dont le dernier est la démence ; le délire intermittent, malgré les désordres parfois très graves de la période aiguë et ses nombreuses récidives, conserve son caractère propre, c'est-à-dire l'intégrité absolue des facultés intellectuelles dans tout l'intervalle qui sépare deux accès, quelle que soit l'ancienneté de l'affection.

La manie aiguë est essentiellement curable, la guérison ne devient problématique que lorsqu'il y a récidive. Le délire intermittent est incurable, on aura beaucoup fait, lorsqu'on sera arrivé à enrayer la maladie, à retarder les accès.

Aussi est-ce à bon droit que les médecins allemands assimilent le pronostic du délire intermittent, qu'ils désignent sous le nom d'épilepsie psychique, à celui de l'épilepsie proprement dite.

Toutes les observations de délire intermittent peuvent être ramenées au même type, nous n'en rapporterons qu'une seule.

La mère de la malade qui fait l'objet de notre examen a eu deux sœurs qui sont mortes aliénées ; sur neuf enfants auxquels elle a donné le jour, un seul a atteint un âge avancé.

Voici quelles ont été, pour chacun d'eux, les conséquences de l'hérédité : quatre garçons ont été emportés par des convulsions ; un autre, d'une débilité extrême, a succombé à une attaque de choléra ; un autre, à une apoplexie cérébrale ; deux filles sont mortes épileptiques, la troisième

fait l'objet de notre observation, elle a, aujourd'hui, soixante et un ans.

L'établissement des règles s'accompagna chez Mme de P... de cet état d'éréthisme nerveux particulier qui a été désigné, par quelques auteurs, sous le nom de chlorose nerveuse ; elle eut en même temps des crises convulsives de nature indéterminée, qui ne se sont pas reproduites par la suite ; enfant, elle avait eu des convulsions.

Les phénomènes nerveux qui avaient accompagné l'établissement des règles se renouvelèrent, en partie, à chaque époque menstruelle, pour cesser complètement vers la seconde année.

La malade venait d'atteindre l'âge de vingt ans, lorsque éclata la première crise proprement dite. Mme de P... fit, au début de cet accès, qui dura deux mois environ, une tentative de suicide.

Pendant les dix années qui suivirent, elle présenta, d'une manière presque régulière des crises qui ne furent jamais assez intenses pour nécessiter une séquestration, leur durée excédant rarement plus de quarante-huit heures.

Mme de P... était âgée de trente-trois ans, lorsqu'elle fut mariée à un vieillard pour lequel elle éprouvait une antipathie que rien ne pouvait surmonter. Elle avait conscience, dit-elle, qu'elle accomplissait un acte malhonnête, elle savait qu'elle était folle, elle avait le pressentiment qu'elle le deviendrait encore plus. Après trois mois de mariage, elle devint enceinte : à dater de ce moment, elle tomba dans la tristesse la plus profonde ; devint apathique, indifférente à tout, on crut qu'elle allait devenir idiote. A cet état habituel de tristesse, d'anxiété, succédaient des périodes d'excitation intense pendant lesquelles elle chantait, criait, dansait ; puis, tout rentrait dans l'ordre.

Vers le cinquième ou le sixième mois de sa grossesse, Mme de P... fit une nouvelle tentative de suicide. L'accouchement fut heureux et ne donna lieu à aucune suite fâcheuse,

On avait beaucoup compté sur cette crise, vain espoir ! elle n'amena aucune modification dans l'état mental. A dater de ce moment, les accès se régularisèrent et devinrent franchement intermittents ; ils avaient généralement lieu tous les quinze jours, au plus tard tous les mois, leur durée dépassait rarement plus de deux à trois jours. Dans l'intervalle, la malade était gaie, et racontait avec une lucidité d'esprit parfaite, à un petit cercle d'amis, tous les phénomènes de son délire.

Elle demanda bientôt elle-même à être séquestrée, dans la crainte que l'aversion qu'elle éprouvait pour son enfant, ne la conduisit à une catastrophe. Son séjour dans une maison de santé fut de courte durée. Deux mois après sa sortie, on fut obligé de lui enlever sa fille, les accès étaient devenus d'une violence extrême, les idées de suicide et d'homicide plus intenses.

M^{me} de P... n'en resta pas moins en liberté ; ce ne fut qu'après la mort de son mari, qu'on se décida à une nouvelle séquestration. Pendant les dix premières années, les crises furent relativement rares, elles étaient suivies d'intermittence complète, ayant une durée de trois à quatre mois.

Les crises devinrent à la longue plus fréquentes et se reproduisirent tous les quatre jours, la période d'excitation et de calme ayant, à quelque chose près, la même durée ; elles perdirent par la suite cette régularité, au fur et à mesure que l'affection devenait plus ancienne.

La malade est avertie de l'imminence de son accès, par une violente douleur intercostale, qui siège à gauche entre la quatrième et la cinquième côte, douleur exagérée par la pression. Il existe en même temps des bourdonnements d'oreilles, localisés à un seul côté ; elle éprouve, en outre, une faiblesse musculaire considérable, parfois un peu de diarrhée ou des frissons.

La figure exprime la souffrance, les traits sont tirés ; la

malade s'éloigne de ses compagnes, lutte visiblement contre le flot qui monte : un rien, un mot fait éclater l'accès ; c'est une véritable attaque d'épilepsie psychique.

M^{me} de P... chante, crie, déchire ses vêtements et court échevelée vers la cellule qui la reçoit habituellement, renverse tout sur son passage, tant la violence est grande, ferme les portes avec fracas et les jette volontairement à la tête de ceux qui la suivent. Une fois arrivée à sa cellule, elle se laisse mettre la camisole, sans résistance aucune, tout en continuant à crier, à vociférer, se jette sur son lit qu'elle bouleverse en un clin d'œil, hurle, plutôt qu'elle ne chante, je ne sais quel air monotone qui revient invariablement à chaque crise.

D'autres fois, elle s'accroupit dans un coin de sa cellule, tenant son oreiller dans ses bras et riant d'un rire des plus bruyants.

Autant la malade est dangereuse pour certaines personnes, autant elle est indifférente pour d'autres qui peuvent entrer impunément dans sa cellule, sans que leur présence éveille son attention.

Pendant toute la durée de la crise qui excède rarement plus de quarante-huit heures, la malade ne prend aucune espèce de nourriture.

L'agitation cesse d'une manière aussi brusque qu'elle a commencé ; un sommeil profond et prolongé vient réparer les forces de la malade.

Le lendemain, M^{me} de P.... reprend le chemin du pensionnat, douce, aimable, affectueuse pour tous, demande pardon au médecin, aux religieuses des insultes qu'elle leur a prodiguées, du mal qu'elle a fait pendant la crise et dont elle a conservé le souvenir. La physionomie a repris son calme habituel, nul ne pourrait se douter que la malade vient de passer par un tel état d'excitation.

Bien que les crises suivent le plus souvent une marche régulière dans leur retour et soient séparées par une inter-

mittence de deux à trois jours, il arrive, quelquefois, qu'un accès succède à un autre dans la même journée et à quelques heures de distance. La malade a conscience de cette rémission et demande elle-même à ne pas quitter sa cellule.

Telle est l'existence de Mme de P..... depuis quarante ans ; malgré le grand nombre des accès et leur intensité, ses facultés intellectuelles n'ont pas subi le moindre choc. L'état physique ne laisse rien à désirer, la menstruation a toujours été régulière, la ménopause s'est passée sans orages.

Analyse des urines. — Nos recherches ont porté sur huit malades et nous ont donné constamment le même résultat. Sous l'influence de l'excitation maniaque, il y a augmentation des phosphates et plus particulièrement du phosphate ammoniaco-magnésien ; il en est de même de l'acide urique. Leur quantité a été d'autant plus grande que la période aiguë a eu une intensité et une durée plus considérables. Ces modifications dans la composition de l'urine ne commencent généralement à se manifester qu'au deuxième ou troisième jour de l'accès, et persistent après la guérison, pendant près de quarante-huit heures.

Le délire intermittent n'est pas toujours essentiel, reconnaissant pour unique cause l'hérédité ; il peut être attribué, soit à un trouble fonctionnel des organes, soit à une affection organique, tels que l'hépatite, l'embarras gastrique, l'entérite : c'est le délire intermittent sympathique, que nous ne ferons qu'indiquer.

Il présente cela de particulier, qu'il est entièrement lié avec la cause qui l'a produit, dont il suit toutes les phases de rechute et de guérison ; par ses autres caractères, il se confond avec le délire intermittent essentiel. D'autres fois, les troubles physiologiques et organiques n'agissent que comme causes occasionnelles et nous nous demandons si ce n'est pas là la règle générale, comme dans le cas suivant,

ce qui réduirait d'une manière considérable le nombre des folies sympathiques, qui ne sauraient être rejetées cependant d'une manière complète. Liéget cite une malade qui présentait au terme de sa grossesse trois soirs de suite, à huit heures, un délire furieux, pendant lequel elle criait, vociférait, frappait, cherchait à fuir. L'auteur ajoute que cette femme, sans être enceinte, était atteinte, chaque année et dans la même saison, d'une névralgie analogue.

Esquirol, Parchappe et M. Loiseau, partisans convaincus des folies sympathiques, ont rapporté plusieurs observations qui paraissent intimement liées à la grossesse et à la menstruation et présentent les caractères des folies intermittentes sympathiques.

Il existe, parfois, une corrélation remarquable entre la fièvre intermittente et la manie sur laquelle Sébastien, dans un travail analysé par M. Lunier, a appelé l'attention. Les accès de folie, consécutifs à ceux de la fièvre intermittente, surviennent à intervalles variables, tous les jours, tous les deux jours et souvent avec l'heure précise, avec le type et le degré de violence de la fièvre qui les a précédés. Cette variété de délire intermittent guérit aussi bien ou du moins perd de son intensité sous l'influence du même traitement que la fièvre intermittente elle-même.

L'inverse peut se produire : nous avons vu, chez un de nos malades, des accès de fièvre remplacer le délire intermittent.

§ 2. *Diagnostic différentiel.*

Folie à double forme. — Comme le délire intermittent, la folie à double forme est le plus souvent héréditaire ; comme lui, elle affecte une marche périodique et régulière et identique chez la même personne, quel que soit le nombre des crises.

La folie à double forme, dont l'étude approfondie est due à M. Baillarger, est une affection essentiellement chronique,

caractérisée par deux périodes intimement liées, une d'excitation, l'autre de dépression ou réciproquement, se succédant constamment chez le même individu dans le même ordre, et suivies d'un temps plus ou moins long de lucidité et de calme relatif qui constitue, à la rigueur, une troisième période. De cette définition découle déjà le diagnostic différentiel de la folie à double forme et du délire intermittent; il n'y a ici qu'une seule période, l'excitation. On ne peut appeler, en effet, du nom de dépression l'état passager d'anxiété, de tristesse que présente le malade au début de l'accès, état dont il a parfaitement conscience, et qui appartient à presque toutes les affections mentales; il prend son origine dans le cœur, si je puis m'exprimer ainsi, et non dans le cerveau.

Pendant l'intervalle qui sépare deux accès, les malades atteints de délire intermittent jouissent d'un calme complet, absolu, et de l'intégrité de toutes leurs facultés intellectuelles, alors qu'il n'y a qu'une rémission plus ou moins complète dans la folie à double forme.

Les deux affections ont une marche bien différente; la folie à double forme apporte, de bonne heure, des modifications profondes dans l'organisme, sa transformation en manie chronique et en démence est la règle; alors que le délire intermittent, en l'absence de toute complication, conserve constamment ses caractères spéciaux.

Manie hystérique. — Un certain nombre de femmes présentent, à chaque époque menstruelle, une irritabilité assez intense qui pourrait faire croire à une sorte d'accès de délire intermittent, si elle n'était essentiellement fugitive, disparaissant avec la cause qui l'a produite. Ce phénomène, qui n'est ici qu'une simple exagération du système nerveux, constitue un trouble pathologique qui dégénère souvent en une véritable manie, chez les personnes qui portent le germe de l'hystérie ou de l'épilepsie, ou des deux à la fois. En l'absence de convulsions, le diagnostic n'est pas toujours

facile : nous trouvons, ici, comme caractères communs, une modification du caractère, une prédisposition à la tristesse pouvant conduire au suicide, précédant de quelques jours l'excitation maniaque. Dans la période la plus aiguë de son délire, l'hystérique, comme le malade atteint de délire intermittent, assiste à la ruine de son intelligence qui n'est jamais absolue, complète et, enfin, au retour à l'état normal qui se fait sans secousses, sans crises. Le mobile des actes est bien différent dans les deux affections, l'imagination de l'hystérique enfante, comme l'a dit Tardieu, les péripéties les plus concevables et s'amuse du mal qu'elle fait et qu'elle voit faire; l'hystérique conserve assez d'empire sur elle-même pour dominer sa volonté, alors que le malade, atteint de délire intermittent, la subit, déplore ses emportements, lutte contre son propre délire. La période d'intermittence est loin d'avoir les mêmes caractères dans les deux affections : elle n'est jamais complète dans l'hystérie, c'est tantôt une sensation de constriction à la gorge, d'étouffement, des troubles variés de la sensibilité générale, des bizarreries, une humeur de caractère excessivement changeante. Contrairement à ce qui arrive dans le délire intermittent, l'hystérie, avec ses caractères propres, a une durée relativement limitée et se confond généralement avec la manie ou la lyémanie dont elle n'est plus qu'un symptôme.

Epilepsie larvée.— A côté des épileptiques, qui ont des vertiges ou des convulsions, il en est d'autres qui n'offrent en apparence, rien d'anormal. On les voit être pris brusquement d'une violente excitation, pendant laquelle ils peuvent se livrer aux actes les plus regrettables, le vol, l'incendie, l'assassinat, puis tout rentre dans l'ordre au bout de quelques instants, de quelques heures; le malade n'a conservé aucun souvenir de son accès, c'est à peine s'il a conscience qu'il a ressenti un violent mal de tête, un peu de vertige ou des bourdonnements d'oreilles. Les mêmes

scènes peuvent se reproduire, un assez grand nombre de fois, dans les mêmes conditions et avec la même inconscience.

L'absence complète de la mémoire, la nature du délire, son invasion brusque et inattendue, sa durée excessivement limitée ne permettront pas de confondre l'épilepsie larvée avec le délire intermittent.

Folie impulsive. — « La folie impulsive, dit Falret, » revêt, le plus souvent, la forme intermittente, elle se » produit ordinairement, plusieurs fois, sous forme d'accès » dans la vie du même individu, elle est fréquemment » héréditaire et liée à d'autres maladies nerveuses, enfin » elle s'accompagne presque toujours de signes physiques » tels que anesthésie, hyperesthésie, sensation douloureuse » dans diverses parties du corps, symptômes d'hystérie et » d'hypochondrie (symptômes constants), sentiment de va- » cuité à la tête, palpitations, malaise général, besoin incessant de mouvement. Ces symptômes physiques, liés à un sentiment moral d'angoisse et de désespoir, disparaissent tout » à coup, comme par enchantement, lors de la guérison. » On voit, déjà, par cette description, combien les symptômes de début de la folie impulsive, se rapprochent de ceux du délire intermittent. Cette ressemblance se poursuit encore dans le cours de l'affection; aliénés impulsifs et aliénés intermittents, déplorent leurs emportements, l'entraînement qu'ils subissent, et conservent l'intégrité plus ou moins complète de leurs facultés; mais il s'en faut de beaucoup que la période qui sépare les crises ait dans les deux affections la même lucidité. S'il est des impulsifs qui rendent compte des émotions par lesquelles ils ont passé, de leur lutte, des sensations qu'ils ont éprouvées, le plus grand nombre n'ont conservé qu'un souvenir très vague de l'accomplissement de l'acte. « C'est, dit Marcé, le souvenir confus du rêve. » Rien de semblable dans le délire intermittent, la mémoire est aussi nette qu'elle peut l'être.

Dans la folie impulsive, les idées d'homicide et d'incendie, les actes inconscients, se font jour pendant la période aiguë de l'affection, alors que le malade n'est plus libre de diriger son libre arbitre; dans le délire intermittent, où ces impulsions sont relativement rares, elles appartiennent à la période de début et n'ont jamais le cachet d'irrésistibilité que comporte la première de ces affections. Signalons encore comme un caractère différentiel, l'instantanéité de la guérison et le peu de durée de la folie impulsive comparée à celle de la manie intermittente.

En résumé, l'intermittence qui est considérée généralement comme un symptôme, une manière d'être appartenant à une foule d'affections mentales, caractérise une affection de nature héréditaire, identique dans ses manifestations chez le même sujet, quel que soit le nombre des crises; ayant une marche, une durée, une terminaison qui lui appartiennent en propre.

Les intermittences de la manie, de la lypémanie, de l'alcoolisme, de la paralysie générale, etc., sont des moments d'arrêts, des rémissions ou des guérisons somatiques : elles sont les conséquences naturelles, soit d'une fatigue physique, soit d'une émotion inattendue, soit encore d'une diminution rationnelle du délire.

L'intermittence n'est pas un état intermédiaire reliant la raison à la folie, c'est l'intervalle compris entre deux accès, pendant lequel le malade jouit de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, aussi absolue qu'elle peut l'être chez une nature que son organisation expose à un danger constant, aussi bien que le malade atteint de fièvre intermittente jouit de la santé, après la disparition de son accès.

DE LA

FIÈVRE INTERMITTENTE

D'ORIGINE ÉMOTIVE

Par M. le D^r ROUSSEAU
Directeur-médecin de l'asile d'Auxerre.

La fièvre intermittente essentielle dérive invariablement de l'intoxication paludéenne. Il existe cependant certains états fébriles qui lui empruntent la plupart de ses apparences objectives, mais qui ne constituent au fond que l'expression symptomatique d'un processus pathologique tout différent. Ils apparaissent quelquefois dans la première période des fièvres continues et des phlegmasies viscérales ; dans la tuberculose, l'hecticité ; dans certaines névroses telles que l'hystérie, le tétanos, en dehors des formes larvées ou pernicieuses de l'impaludisme ; enfin, ils peuvent se produire à la suite des opérations pratiquées sur le canal de l'urèthre.

Il y aurait peut-être lieu de faire figurer dans cette nomenclature la fièvre intermittente de nature purement nerveuse et qu'on voit succéder à une commotion émotive.

Cette affection se présente très rarement et n'a fait, que nous sachions, l'objet d'aucune étude spéciale.

En 1864, nous en avons observé un cas à l'asile d'aliénés de Dijon, dans le service du D^r Renaudin, et ce dernier nous disait, à cette occasion, qu'il avait déjà rencontré plusieurs exemples semblables.

Voici le résumé bien incomplet de cette observation que nous retrouvons dans un mémoire que nous avons publié sur la folie intermittente.

M. R..., employé des chemins de fer, fut atteint de manie consécutive à une vive frayeur, éprouvée à l'occasion d'un accident dont son inexpérience avait été en grande partie la cause. Mais les choses ne se passèrent pas aussi simplement. Cette émotion détermina d'abord une perturbation profonde du système nerveux et occasionna une véritable fièvre intermittente, dont un des accès s'étant larvé à un moment donné, fut remplacé par un délire général. Après une marche continue, la manie éprouva tous les deux jours des intermittences, pendant lesquelles apparaissait une période de chaleur suivie d'une période de sueur. Le quinquina, administré à haute dose, supprima d'abord l'élément fébricitant et, dès lors, le délire dégagé du substratum qui l'entretenait et réduit à sa plus simple expression comme entité pathologique, perdit progressivement de son intensité et finit par disparaître complètement.

La singularité de cette cause pathogénique nous fit opérer quelques recherches bibliographiques ; mais elles n'ont pas été très heureuses, puisque nous n'avons pu recueillir qu'une seule observation qui nous est fournie par le Dr Macario.

Il dit, en effet, dans son mémoire sur les paralysies dynamiques ou nerveuses, à la page 47 : « Je me souviens d'une femme qui a été atteinte d'une fièvre quarte sous l'influence d'une vive émotion. Cette fièvre ayant résisté à tous les fébrifuges, disparut sous l'influence d'une émotion pareille à celle qui l'avait produite. »

En 1880, une de nos aliénées à l'asile d'Auxerre a présenté des manifestations fébriles analogues et leur point de départ a été si surprenant qu'il a éveillé immédiatement notre attention et nous a permis de reconnaître leur nature et de les rattacher à la série pathologique dont nous pour-

suivons l'étude. Cette observation mérite d'être rapportée avec quelques détails.

M^{me} B... est entrée dans l'établissement pour un état maniaque dont elle a déjà subi une première atteinte. Elle est âgée de 45 ans, sa santé physique est florissante et elle a toujours habité une localité où les fièvres intermittentes sont complètement inconnues. Elle est naturellement très impressionnable et très irritable. Le 11 juillet 1880, à onze heures et demie du matin, elle venait de terminer son déjeuner, lorsqu'elle rencontre la surveillante en chef de la division. Après avoir causé quelques instants très tranquillement, elle commence à tenir des propos pleins d'aigreur ; puis elle s'excite progressivement et finit par s'abandonner à la plus violente colère qu'on puisse imaginer. On la reconduit dans son quartier, mais à peine le calme commençait-il à reparaitre, qu'elle est prise, à midi juste, d'un accès en tout semblable à celui qui caractérise la fièvre intermittente. Il a débuté par un frisson qui, parti des pieds, s'est rapidement généralisé et a duré jusqu'à cinq heures. Il s'est alors manifesté de la céphalalgie avec un peu de chaleur et, en dernier lieu, une sueur abondante qui n'a cessé qu'à deux heures du matin. La tête est restée douloureuse pendant quelque temps encore.

12 juillet. — Nouvel accès à huit heures du matin qui s'est prolongé jusqu'à trois heures. Au moment de la visite et pendant le frisson, le pouls donnait 76 pulsations et la température axillaire accusait 37° 6.

Le soir, second accès de quatre à onze heures. Les symptômes sont les mêmes, toutefois la période de chaleur, à peine ébauchée jusqu'à présent, se supprime d'une façon complète. Depuis l'apparition des accidents, le sulfate de quinine a été administré pendant l'apyrexie et la dose n'a pas dépassé un gramme. Il a continué à faire la base de la médication.

13 juillet. — A huit heures et demie du matin, nouvel ac-

cès. 84 pulsations ; température, 37,03. Il a duré jusqu'à une heure et demie et a été très restreint au point de vue du stade de sueur.

Du 14 au 19, M^{me} B... jouit d'une tranquillité parfaite et son état mental lui-même semble s'améliorer.

20 juillet. — Un accès se déclare à midi et demi : céphalalgie, gastralgie, frisson jusqu'à sept heures ; sueur légère qui n'a duré qu'une demi-heure.

A neuf heures, deuxième accès qui s'est terminé à cinq heures du matin.

Il a été très irrégulier ; le frisson et la sueur ont alterné à plusieurs reprises.

Du 23 juillet au 26 août, elle a éprouvé encore quatre accès.

Deux d'entre eux se sont produits isolément, tandis que les deux autres ont eu lieu dans la même journée. Dans tous les cas, leur intensité avait considérablement diminué.

Depuis cette époque, les manifestations fébriles se suppriment, mais les gastralgies persistent et la font beaucoup souffrir.

A partir du milieu du mois de septembre, la santé physique et morale s'améliore rapidement et M^{me} B... sort de l'établissement, le 31 octobre 1880, dans un état de parfaite guérison.

Bien que les faits que nous venons de relater n'aient pas pour eux l'autorité du nombre, il semble qu'on soit autorisé à ranger, parmi les accidents de l'émotion, une nouvelle variété de fièvre intermittente symptomatique qui diffère de la fièvre essentielle par sa cause, mais qui s'en rapproche tellement par ses autres caractères qu'il doit être souvent possible de la méconnaître. La troisième observation nous paraît surtout assez probante pour dissiper tous les doutes, car c'est à peine s'il a existé quelque intervalle entre la cause et l'effet, entre le trouble émotif et

sa réflexion sur un des foyers d'innervation. On sait que le point d'application de l'émotion peut avoir lieu, après l'impression cérébrale, sur tous les appareils et sur tous les viscères, et qu'il en résulte les effets les plus variables au point de vue de la forme, de la durée et de l'intensité. Dans les circonstances actuelles, la fièvre intermittente serait de nature purement névrosique et proviendrait peut-être de l'irritation morbide du plexus splénique qui est incontestablement susceptible de produire des phénomènes de ce genre.

Quelle que soit la valeur de cette théorie, nous croyons que ce sujet est assez intéressant pour fixer l'attention des médecins et devenir le point de départ de recherches nouvelles.

Archives cliniques

66

MAISON DE CHARENTON. — M. FOVILLE.

Délire aigu paralytique

Début subit d'un accès de folie avec excitation maniaque et délire ambitieux sans aucun embarras de la parole, ni trouble de la motilité. — Au huitième jour, aggravation considérable. — Délire aigu. — Mort le douzième jour. — Lésions anatomiques de la paralysie générale.

M. K..., âgé de trente-six ans, est amené à l'asile le 20 mai 1868.

Il exerce la profession de tailleur et paraît avoir eu beaucoup de savoir-faire et d'activité dans la gestion de ses affaires ; il a un associé qui ne quitte pas Paris, et c'est lui qui fait dans la province les voyages fréquents qu'exige la nature de leur clientèle.

Sa femme nous apprend que, dans la vie intime, il a toujours été extrêmement vif, emporté, et même extravagant ; il passait, d'un moment à l'autre, de la tendresse la plus grande aux violences les plus étranges, et cela sans cause appréciable. Pour un rien, il se mettait en fureur, brisait une assiette, un vase, menaçait même de frapper sa femme. Jamais celle-ci n'avait un moment de sécurité.

A Paris, et dans son ménage, il menait une vie ordinairement régulière ; mais, chaque fois qu'il revenait de voyage, il paraissait extrêmement fatigué, et l'on a eu lieu de croire que, pendant ces absences, il était loin d'être sobre et rangé.

Dans ces derniers temps, il a eu, avec son associé, des querelles d'intérêt qui lui ont fait une impression très pénible.

Il est revenu à Paris, le 15 mai au soir, à la suite d'un voyage de quinze jours, pendant lequel la chaleur a été excessive. Le lendemain, il a paru bizarre et soucieux, sans que cela dépassât les bornes compatibles avec la raison. Le 17, il va passer la journée à la campagne, chez un de ses amis, où l'on a l'habitude de mener joyeuse vie. Sa femme sait qu'il a monté à cheval et couru en plein soleil ; elle sait aussi qu'il a diné très gaiement et que l'on a bu beaucoup de champagne ; elle a tout lieu de croire que la plus grande partie de la nuit a été consacrée à boire et à jouer.

Le 18 au matin, K... rentre chez lui, et s'occupe de ses affaires, mais d'une manière distraite ; par moments, il ne semble pas avoir sa raison complète, ses paroles indiquent qu'il a conscience du trouble qui envahit ses idées ; après le dîner, pendant lequel il a commis de vraies extravagances, il s'échappe de chez lui, prend une calèche de grande remise, ordonne qu'on le conduise chez l'empereur, achète, dans divers magasins, des livres pour une somme considérable, entre dans plusieurs endroits demander des cigares de 2,000 fr. Ramené chez lui, à grande peine, il passe la nuit dans un état d'agitation extrême ; il va être décoré, et compte donner un développement immense à ses affaires.

Le lendemain, il est un peu plus calme, mais un médecin spécialiste consulté considère le placement dans un asile comme indispensable ; M. K est amené à l'asile le 20.

27 mai. — M. K... nous est confié depuis huit jours, et depuis ce temps il n'a cessé d'être dans un état d'agitation excessive. Depuis deux jours, tous les symptômes ont pris un surcroît d'agitation telle que son état se rapproche du délire aigu ; aujourd'hui il a une fièvre intense, il vocifère sans aucune interruption, remue constamment les bras et les jambes, dans le lit où il est fixé. La nuit dernière s'est passée entière dans le même état.

Depuis son entrée, il n'a cessé de vociférer en allemand,

mais certains mots, qui reviennent sans cesse dans ce qu'il crie, indiquent que son délire roule principalement sur des idées de grandeurs, et que l'empereur tient le premier rang dans ses préoccupations.

Jamais, depuis qu'on l'observe, on n'a pu constater le moindre embarras dans sa parole, ni dans ses mouvements. Les pupilles ne présentent pas d'inégalité dans leur contractilité.

30 mai. — L'imminence du délire aigu, signalée il y a trois jours, s'est complètement vérifiée. L'agitation incessante, avec vociférations continuelles, sputation, mâchonnement, soubresaut des tendons, absence de sommeil, n'ont cessé de se montrer avec une aggravation progressive, et aujourd'hui l'état du malade est désespéré. Depuis deux jours, il ne mange absolument que des fraises. Dans ses vociférations, il n'y a aucun embarras de la parole.

31 mai. — Mort par épuisement nerveux à la suite d'un délire aigu, à trois heures du matin.

Autopsie. — 1^{er} juin, à six heures du matin :

Le cerveau étant découvert, on constate que les méninges viscérales présentent, sur la convexité des deux hémisphères, des lésions très manifestes; leur transparence est remplacée par une teinte opaline; des traînées laiteuses suivent les principaux vaisseaux le long des anfractuosités et s'élargissent aux confluent de ces anfractuosités; en certains endroits, il y a de petites granulations blanches à leur surface. L'injection des méninges n'est pas très intense, elle est surtout marquée à la partie déclive du cerveau, elle paraît due à l'action de la pesanteur. A travers les méninges, là où elles sont transparentes, on est frappé de la coloration blanche et pâle des circonvolutions.

On procède avec un soin minutieux à l'enlèvement des méninges; des deux côtés, au niveau du lobule antérieur des hémisphères, il existe, de la manière la plus incontestable, des adhérences qui entraînent la portion superficielle

de la substance corticale, et mettent à découvert la seconde couche de cette substance dont l'aspect est gris, violacé, tomenteux et ramolli. Chacune de ces sortes d'ulcérations, par suite d'adhérences, offre le type de la lésion qui est généralement considérée comme caractéristique de la paralysie générale. Sur un des lobules sphénoïdaux, il existe encore des adhérences semblables; sur le reste de la surface des hémisphères, il n'y a pas précisément d'adhérences, mais seulement un état poisseux de la pie-mère qui happe à la substance grise, et ne s'en sépare qu'avec un certain effort. Sur les lobes postérieurs, la séparation est au contraire facile et complète.

La substance grise, elle, paraît pâle et résistante à la surface, où elle forme, pour ainsi dire, une pellicule cornée ou épiderme assez dense; mais, immédiatement au-dessous de cette première couche, elle est turgide, violacée, en voie de ramollissement et de désagrégation, ayant l'aspect tomenteux ou mamelonné; en certains endroits, cette pellicule superficielle peut se détacher de la couche sous-jacente par lambeaux atteignant un centimètre carré; un assistant à l'autopsie la compare à une peau de haricot. Partout, aussi bien dans la profondeur du cerveau qu'immédiatement sous cette pellicule, la substance grise est très injectée, violacée et paraît avoir perdu de sa cohésion. La substance blanche est très injectée, sans avoir subi de modification de consistance bien appréciable. Au cervelet, les méninges se séparent sans adhérences; la substance grise superficielle, celle de la protubérance est violette et injectée comme dans les hémisphères cérébraux.

67

ASILE DE PAU. — SERVICE DE M. LAFFITTE.

Paralysie générale à double forme

Période de délire expansif. — Attaque apoplectiforme. — Immédiatement après délire dépressif. — Rémission et guérison apparente. — Sortie de l'asile. — Réintégration au bout de deux mois dans un état de démence paralytique confirmée.

Si l'on admet, comme on paraît le faire généralement aujourd'hui, que les diverses formes de la folie peuvent compliquer la paralysie générale, l'observation suivante pourrait être considérée comme un cas de paralysie générale à double forme; en effet, à une période d'agitation maniaque bien marquée et d'une durée assez longue succède presque instantanément une période de dépression également parfaitement accentuée, suivie même d'une rémission si bien accusée qu'elle en impose à la famille qui, malgré notre avis, retire le malade.

Observation recueillie et rédigée par M. le Dr Aris, interne de service :

P... Alexandre, âgé de quarante-cinq ans, propriétaire, est admis à l'asile Saint-Luc, le 3 octobre 1879.

Un oncle paternel et un oncle maternel ont été atteints de démence; une sœur du malade était idiote. Lui-même a toujours été d'une intelligence au-dessous de la moyenne. Il a commis quelques abus de boissons alcooliques et des excès vénériens.

Depuis quelque temps, P... se faisait remarquer par une activité intellectuelle, contrastant singulièrement avec son apathie antérieure, et par un besoin irrésistible de locomotion. Sans cesse en mouvement, il émettait des projets insensés et tentait des achats hors de proportion avec ses

ressources. Quelques jours avant sa séquestration, il a acheté tous les bœufs qui se trouvaient sur un marché, au nombre de cinquante environ, puis il s'est trouvé sans argent pour les payer.

Neuf jours avant son entrée à l'asile, il a été atteint d'une congestion cérébrale qui fut traitée par une application de sangsues à l'anus et par des dérivatifs sur le tube intestinal. C'est à la suite de cet accident que les phénomènes d'excitation maniaque ont été portés à leur comble et que le malade nous est amené.

P... est un homme de constitution robuste, sans maladie organique, mais présentant de la tendance aux congestions de l'extrémité céphalique : la face est habituellement vultueuse, les pommettes, les oreilles et le cou sont fortement injectés ; il existe de l'exophtalmie à un degré assez prononcé.

3 octobre 1879. — Le malade est en proie à un paroxysme maniaque avec délire général très mobile, mais où prédominent les idées ambitieuses. Il rit, chante, entre en colère sans motif, déchire ses effets, se met tout nu, se dit riche à milliards, veut acheter toutes les propriétés de son pays, veut se marier, se croit un homme d'affaires exceptionnel, parle de changer d'état et de se faire boulanger, etc. Il n'y a pas de troubles bien marqués du système musculaire ; à peine existe-t-il quelques mouvements spasmodiques de l'orbiculaire des lèvres, un peu d'inégalité pupillaire : la pupille gauche est plus dilatée et moins sensible à l'action de la lumière. — Signes d'embarras gastrique (bains, purgatifs).

1^{er} décembre 1879. — Délire ambitieux, sans systématisation et portant le cachet de la démence. Affaiblissement de la mémoire : le malade demande vivement à sortir, mais il ne s'en souvient plus un instant après, il est toujours violent ; il déchire ses effets et brise tout ce qui lui tombe sous la main. La parole est scandée, hésitante ; il existe du

tremblement fiébrillaire des livres et quelques mouvements vermiculaires à la surface de la langue (bains, 4 grammes d'hydrate de chloral).

Janvier 1880. — Même délire de satisfaction : il met ses bras à nu pour nous les faire admirer ; ses dents sont parfaitement belles, il a de très jolis yeux, etc. Idées érotiques auxquelles il revient sans cesse (bains tièdes prolongés, 4 grammes de bromure de potassium).

Avril. — Etourdissements fréquents et mouvement congestif vers l'extrémité céphalique (30 grammes d'eau-de-vie allemande).

Pendant toute l'année 1880, P... a eu des crises d'agitation maniaque revenant sans périodicité régulière. Après chaque accès, il semble avoir fait un pas de plus vers le marasme paralytique. Les troubles musculaires sont devenus très accusés.

Le 18 mars 1881, le malade a une congestion cérébrale avec perte de connaissance et résolution des membres (lavement purgatif, sinapismes aux membres inférieurs ; à l'intérieur, eau-de-vie allemande).

Après quelques heures, P... a repris connaissance et la motilité est revenue complètement à droite ; à gauche, la paralysie n'a disparu qu'au bout de quelques jours.

1^{er} avril 1881. — P... est dans un état de torpeur physique absolue. Il se renferme dans un mutisme obstiné. Pressé de questions, il nous dit, à voix très basse, que tout le corps lui fait mal, qu'il est ruiné. Son domestique lui a volé chevaux, mobilier et argent, et a emporté sur un char sa maison et ses granges. C'est sa sœur qui est cause de tous les malheurs qui lui arrivent, elle s'est enfuie avec le serviteur infidèle. On lui a dit qu'il ne possédait plus rien, il a même entendu dire : « Je crois qu'il est mort. » — Traitement : vin de quinquina, alimentation substantielle, potion cordiale.

Il existe donc chez P... un délire intérieur très actif, de

nature exclusivement dépressive et marqué du cachet de la démence ; il paraît lié à des hallucinations de l'ouïe.

Chose remarquable, le délire expansif antérieur, si multiple et si caractéristique, a disparu subitement et de toutes pièces ; on dirait que la congestion cérébrale, survenue le 18 mars, en a fait *table rase*, car c'est à elle que remonte la substitution du délire mélancolique actuel au délire expansif et maniaque du début.

13 avril 1881. — L'appétit est conservé, les fonctions organiques s'accomplissent régulièrement. Néanmoins, P... est triste, abattu, reste immobile à la même place dans la position assise et ne parle à personne. Il faut insister pour fixer son attention et en obtenir une réponse.

P... a conservé le souvenir de son délire primitif, mais il repousse toute idée d'achats de chevaux et de propriétés. Il était fou, dit-il, quand il parlait de ces choses-là.

Sur d'autres points, sa mémoire est infidèle. Il ignore le mois de l'année, ne sait pas vous dire, une heure, après le repas, ce qu'il vient de manger, etc. Au point de vue des symptômes physiques, nous constatons un amendement très marqué. — Vin de quinquina, vin généreux, régime alimentaire spécial.

14 avril. — Très abattu ce matin ; il ne se sent plus le même, les sœurs lui ont arraché et volé les dents. Comme nous l'engageons à les toucher pour se prouver à lui-même qu'il les a encore, il s'irrite fort. La nuit dernière, il a gâté son lit et il vient de refuser son déjeuner parce qu'on y a mis du poison. — Analgésie.

15 et 16 avril. — Mêmes idées de ruine. P... a bien mangé, mais il craint de ne pouvoir payer sa nourriture. Il se met en colère en nous voyant prendre des notes. Idées confuses de persécution.

23 avril. — La grêle a ravagé ses champs. Prostration physique, il tient les yeux constamment fermés. Analgésie complète. Le moindre effort d'attention le fatigue et l'ennuie.

4 mai. — Le délire de persécution paraît se systématiser. P... se croit ruiné parce qu'il se trouve mal nourri et parce que le costume dont il est porteur n'est pas sa propriété. — Toniques et alimentation azotée (viandes rôties, œufs).

31 mai. Depuis quinze jours, les idées délirantes, de nature dépressive, sont peu à peu devenues moins tenaces et le cercle en est devenu de plus en plus restreint. La physiologie est rassérénée. L'ataxie musculaire est très diminuée, l'inégalité pupillaire à peine appréciable.

3 juin. — P... demande sa sortie pour aller travailler chez lui. Il veut gagner sa vie, dit-il.

30 juin. — L'amélioration s'est accentuée progressivement. Les troubles du système musculaire sont à peine perceptibles. P... apprécie, d'ailleurs, assez bien sa situation de fortune. Il ne présente plus de conceptions délirantes. Les sentiments affectifs ont repris leur cours naturel; il a vu sa sœur avec plaisir et s'est entretenu avec elle de choses raisonnables sur un ton relativement calme et mesuré. P... serait en état de rémission complète, s'il n'existait encore un léger affaissement physique et une certaine indécision dans les idées. Le souvenir de sa maladie lui est pénible outre mesure.

Sur la demande de sa sœur, P... est autorisé à rentrer dans sa famille.

Réintégration à l'asile le 30 août 1884. D'après les renseignements, cette rechute serait survenue sans cause appréciable.

Le certificat de vingt-quatre heures de M. Laffitte, directeur-médecin, trace ainsi le tableau clinique offert par le malade : « Folie paralytique à une période avancée. Ce malade, sorti il y a deux mois dans un état d'amélioration relative, nous est ramené dans un état d'agitation excessive. Les idées de grandeur et aussi les troubles musculaires, qui avaient à peu près disparu au moment de la sortie ont reparu avec toute leur intensité primitive. Délire incohérent, ex-

pansif, idées multiples; impossible de fixer l'attention de P... Il est toujours en mouvement. La démarche est encore assurée, bien que le tremblement soit très accusé aux membres supérieurs. »

Bain tempéré de deux heures avec filet d'eau.

40 septembre. — Agitation musculaire incoercible : se déshabille, ne peut tenir en place, etc. Délire à fond de démence, idées de richesse et de grandeur, multiples, incohérentes et ne laissant aucune trace dans le souvenir du malade.

41 septembre. — Parle de ses femmes, de ses jolis yeux, de ses chevaux, à 400 millions à manger par jour, etc.

A côté de ce délire expansif existent quelques conceptions hypochondriaques très fugitives. Sa sœur lui « a arraché les yeux et les dents. » Il dit cela *en passant*, sans aucune accentuation, sur un ton banal et récitatif. Le masque facial est terne, immobile.

Depuis cette époque jusqu'à la fin de l'année 1881, P... a continué à présenter, d'une part, les symptômes physiques de la démence paralytique d'une manière de plus en plus accentuée; d'autre part, et au point de vue intellectuel, des alternatives de dépression apathique et d'excitation expansive. Tantôt, et pendant une période plus ou moins longue, il reste inerte et presque silencieux; tantôt il manifeste des idées de grandeur de plus en plus absurdes. Il achète des bœufs 50,000 fr. pièce et il offre sept milliards d'une jument; il est, à la fois, banquier et évêque.

Mais ce qui domine, c'est l'affaiblissement physique et la démence; les variations dans la forme du délire n'ont plus l'intensité, ni la netteté de démarcation que nous avons signalées dans la première période de l'affection.

68

ASILE SAINTE-ANNE. — SERVICE DE M. DAGONET;
M. PH. REY, INTERNE DU SERVICE. *Not*

**Hémorrhagie cérébrale à foyers multiples chez
un paralytique général.**

SOMMAIRE. — Homme, 29 ans, accidents cérébraux datant de huit mois, paralysie générale, prédominance du délire hypochondriaque; accès passager d'agitation, faiblesse musculaire plus marquée du côté gauche; attaques apoplectiques, élévation considérable de la température, mort.

AUTOPSIE : Opacité des méninges, adhérence avec la substance cérébrale; vaste foyer hémorrhagique dans l'hémisphère droit, inondation du ventricule médian et du ventricule latéral gauche. Deux petits foyers hémorrhagiques dans le corps strié gauche. Légère hypertrophie du cœur.

Blanchard (Auguste), horloger, âgé de 29 ans, entre à l'asile Sainte-Anne (service de M. Dagonet) le 9 novembre 1874. Il est accompagné des deux certificats suivants :

5 novembre 1874. — Démence paralytique au début, affaiblissement intellectuel, diminution de la mémoire, embarras léger de la parole, quelques actes extravagants. Ce malade qui aurait fait du feu dans sa chambre, à côté de la cheminée, est dans un état mental qui nécessite son placement dans un asile d'aliénés.

Signé : LEGRAND DU SAULLE.

6 novembre 1874. — Atteint de paralysie générale, affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, délire de satisfaction, nulle conscience de ses actes, embarras de la parole, pupilles inégales.

Signé : BOUCHEREAU.

Pas d'antécédents héréditaires connus, pas de maladies antérieures, mais maux de tête fréquents, constipation habituelle; il y a un an, notre malade fut vivement impressionné par les menaces d'une femme qui, paraît-il,

voulait lui jeter du vitriol à la figure. On s'aperçut, peu après, qu'il perdait la mémoire, qu'il dormait peu et que son sommeil était troublé par des cauchemars. Une personne de la famille qui nous donne les renseignements ajoute qu'à cette époque, le malade eut une espèce de fièvre cérébrale.

A son entrée dans le service, Blanchard se montre d'abord très préoccupé de sa santé, il se plaint surtout de fourmillements dans les mains; mais il ne tarde pas à se dire bien portant, et à exagérer ses forces et ses aptitudes. La parole est hésitante, la langue tremble en masse, la pupille droite est plus dilatée.

Fin novembre. — Le malade, étant calme, est rendu à sa famille qui le réclame.

Il nous est ramené le 24 mars 1875, après un court séjour à l'hôpital de la Charité, d'où il a été transféré au bureau d'admission avec le certificat suivant de M. le Dr Empis : *Est atteint d'aliénation mentale, il est urgent de le transporter dans un établissement spécial.*

Un nouveau certificat de M. le Dr Bouchereau est ainsi conçu : *Atteint d'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire, incohérence, indifférence, incapable de pourvoir à ses besoins, hésitation de la parole, pupilles inégales.*

Depuis sa sortie, Blanchard a été incapable de toute occupation sérieuse; il ne faisait que se promener, et il se perdait souvent dans les rues. Il n'a qu'un souvenir confus de son séjour antérieur dans le service, se trompe sur le mois et sur l'année; il est en proie à des préoccupations hypochondriaques, pleure sans motif; l'embarras de la parole est plus prononcé, les pupilles sont inégales, la motilité est affaiblie surtout à gauche.

Avril, mai, juin. — Même état auquel s'ajoutent de fréquents accès d'agitation de courte durée; alors le malade tient des propos incohérents; à chaque instant, il se dirige

vers la porte, pour s'en aller. La nuit, il se lève et ne sait plus retrouver son lit. De temps en temps, il accuse des fourmillements dans les mains. Il vomit quelquefois, après ses repas.

Juillet. — Agitation plus grande depuis quelques jours. Le 5, à six heures du matin, attaque apoplectique; quelques instants après, nous sommes auprès du malade et nous constatons l'état suivant:

Immobilité complète, pâleur de la face, globes oculaires fortement convulsés en haut. Les membres du côté droit sont rigides, et dans l'extension; par instants, on voit leurs muscles animés de petits mouvements: à gauche, la résolution est complète. La peau est inondée de sueur et brûlante, sauf une région très limitée, un peu au-dessus du genou gauche; cette partie donne à la main une sensation de froid intense.

Le thermomètre, placé dans l'aisselle dès notre arrivée auprès du malade, monte rapidement à 41.5 et se maintient à ce degré, jusqu'à la mort qui survient à neuf heures et demie, c'est-à-dire trois heures et demie après le début des accidents. A cinq heures du soir, le corps étant à l'amphithéâtre, la température est encore de 39°.

Autopsie. — Rien au crâne ni à la dure-mère; aspect laiteux de l'arachnoïde plus marqué sur le trajet des veines; celles-ci sont turgescentes; la pie-mère vivement injectée présente plusieurs points d'adhérence avec la substance cérébrale, sur les lobes antérieurs et sur les cornes sphénoïdales. A la base, même état d'injection de la pie-mère; aspect laiteux des ponts séreux de l'arachnoïde. Les artères de l'hexagone sont parsemées de dépôts athéromateux. Le volume des deux hémisphères ne présente pas de différence notable. L'hémisphère droit a moins de consistance, il paraît un peu affaissé et fluctuant; une coupe pratiquée sur ce dernier met à découvert un vaste foyer hémorragique présentant la disposition suivante: un gros caillot de sang

noir occupe la place du corps opto-strié qui est complètement détruit. Ce caillot est entouré d'une zone un peu plus diffuente, puis d'une nappe de sang liquide; des débris de substance cérébrale se mêlent à l'épauchement; les parois du ventricule latéral sont dissociées, l'hémorrhagie a détruit la presque totalité de la substance blanche; il ne reste de l'hémisphère droit qu'une coque très mince, réduite, sur quelques points, à la substance grise. Les parties blanches médianes sont déchirées; le troisième ventricule est rempli de sang, ainsi que le ventricule latéral gauche. Les coupes pratiquées sur l'hémisphère gauche nous montrent deux petits foyers hémorrhagiques récents dans le corps strié; le bulbe et le cervelet n'offrent rien de particulier. Les poumons sont congestionnés; le cœur n'est pas très volumineux, mais les parois du ventricule gauche sont notablement épaissies; les parois de l'aorte, à son origine, sont vivement injectées.

Le foie, les reins, la rate et l'estomac ne présentent rien à signaler.

RÉFLEXIONS. — Les lésions cérébrales en foyer se rencontrent très rarement dans la paralysie générale. On ne trouve, croyons-nous, que deux exemples d'hémorrhagie cérébrale survenue dans le cours de cette affection: Calmeil a donné le premier (*Traité des maladies inflammatoires du cerveau*; obs. 174^e); le second est dû à M. Baillarger (*Arch. cliniques des maladies mentales*, p. 472). A ce point de vue, le cas que nous publions ne peut manquer de présenter quelque intérêt. Il nous paraît également intéressant, en raison des phénomènes observés chez notre malade. Ces phénomènes nous semblent appartenir les uns à la paralysie générale; les autres, tels que fourmillements, parésie musculaire d'un côté du corps, vomissements, sont plus particulièrement les signes prodromiques de l'hémorrhagie cérébrale. Ces derniers symptômes ont pu influencer sur la marche de la maladie, déterminer

peut-être la forme hypochondriaque du délire et donner à la paralysie générale les allures de la démence apoplectique.

Nous devons signaler encore la rapidité de la mort et l'élévation brusque et considérable de la température, sans l'abaissement initial qui est la règle. Serait-ce là une particularité propre à l'hémorrhagie cérébrale survenant dans le cours d'une paralysie générale ?

La multiplicité des foyers est un fait digne d'attention. D'après M. Jaccoud (*Traité de pathologie interne*), c'est dans les maladies générales telles que la cachexie brightique, la pyrexie, qu'on observe plusieurs foyers de formation simultanée. La paralysie générale constituerait-elle une prédisposition analogue ?

Aucun travail, croyons-nous, n'a encore été publié sur ce sujet. Nous sommes heureux d'avoir pu fournir un document pour l'étude de cette intéressante question. *alors*

quel âge

Établissements d'aliénés

PROJET

D'UNE

SOCIÉTÉ DE PATRONAGE

POUR LES ALIÉNÉS INDIGENTS DU FINISTÈRE

Par M. le Dr BAUME

Directeur médecin en chef de l'asile de Quimper.

L'assistance des malheureux frappés d'aliénation mentale, la protection due aux victimes de cette affreuse infortune est une question qui aura longtemps le privilège de réunir, dans un même effort, tous les esprits généreux.

Et cependant, si grands que soient les progrès accomplis dans cette voie, depuis un demi-siècle, il reste et il restera toujours beaucoup à faire; car le mal à soulager fait des ravages incessants qui réclament d'incessants remèdes et la sollicitude de tous les hommes de cœur.

De toutes les améliorations qui restent à réaliser, aucune n'égale en importance la création des sociétés de patronage pour donner aux aliénés indigents, qui sortent des asiles, l'assistance et la protection dont ils ont besoin pour vivre au dehors.

Dans le rapport général adressé, en 1878, à M. le ministre de l'Intérieur, par MM. les inspecteurs généraux Constans,

Lunier et Dumesnil, sur le service des aliénés en France, on lit page 209 :

« L'une des préoccupations de nos médecins d'asile, l'une
» des raisons qui les font hésiter à mettre en liberté certains
» aliénés, c'est qu'ils redoutent, qu'en dehors de l'asile, ils
» ne trouvent ni aide ni protection. On se défie d'individus
» sortis d'établissements d'aliénés; on craint de leur confier
» des instruments de travail et trop souvent les privations
» et les déboires qu'ils éprouvent deviennent une cause de
» rechute.

» Dans un mémoire lu au congrès scientifique de Stras-
» bourg, en 1842, David Richard, un des hommes qui ont
» fait le plus d'honneur au service des aliénés, avait engagé
» les membres du congrès à insister auprès du gouverne-
» ment pour qu'il instituât des sociétés de patronage pour
» les aliénés indigents sortis des asiles, à l'instar de celles
» qui s'étaient formées pour les prisonniers libérés.

» Cet appel fut entendu et, dès 1843, à Paris, M. Baillar-
» ger et, peu de temps après, M. Falret, organisèrent deux
» sociétés de patronage (qui n'en formèrent bientôt plus
» qu'une seule) pour les convalescents sortis de la Salpê-
» trière et de Bicêtre et un ouvroir pour les femmes sorties
» de la Salpêtrière. Cette œuvre, reconnue d'utilité publique
» par un décret en date du 16 mars 1849, n'a fait que se dé-
» velopper depuis cette époque et rend d'incontestables
» services.

» Le département de la Meurthe est le seul, jusqu'ici, qui
» soit entré dans la même voie que celui de la Seine. Une
» société de patronage y a été fondée en 1848, non pas seu-
» lement pour les aliénés, mais aussi pour les orphelins, les
» enfants trouvés, les sourds-muets et les aveugles, et cette
» société, à plusieurs reprises, est venue en aide à des ma-
» lades sortis guéris de l'asile de Maréville.

» Nous savons bien que, depuis 1837, les aliénés guéris
» doivent recevoir, à leur sortie des asiles, un pécule qui leur

» permet de pourvoir à leurs premiers besoins; mais le pé-
» cule de sortie, dont le montant varie de 40 à 45 francs, est
» bien rarement suffisant.

» Aussi serions-nous d'avis, M. le Ministre, que l'in-
» stitution des sociétés de patronage se généralisât, et, à cet
» effet, que l'administration supérieure en encourageât et
» provoquât même au besoin la formation. »

En fait, le patronage n'est pratiqué (et encore d'une ma-
nière fort incomplète) qu'à l'égard des aliénés indigents de
la Seine et de la Meurthe.

Il y a une quinzaine d'années, je m'étais préoccupé d'un
projet de société de patronage pour les aliénés du Finistère ;
mais, m'objecta l'un des conseillers le plus versé dans la
pratique de la charité, une œuvre pareille ne peut fonc-
tionner qu'avec des ressources assurées; les demander à la
charité privée qui donne déjà tant dans ce pays, c'est risquer
d'appauvrir le budget des sociétés de bienfaisance existantes.
sans atteindre peut-être le but; les demander aux subven-
tions publiques, c'est le manquer plus sûrement encore, si
l'on réfléchit aux lourdes charges imposées à l'assistance
pour l'entretien des aliénés placés dans les asiles !

S'il est vrai que tout vient à point quand on sait attendre,
nous avons bien fait d'attendre, car une circonstance for-
tuite nous a fourni la solution du problème.

En 1879, nous avions à ouvrir les travaux d'une impor-
tante construction (projet d'un quartier de classement et
de traitement). Le devis n'avait prévu (cela se voit quel-
quefois dans les devis) qu'une part insuffisante des bri-
ques nécessaires à la construction. Nous nous mîmes à fa-
briquer cette brique. L'hospice de Quimper nous autorisa
généreusement à extraire l'argile sur sa lande de Cuzon.
Un four rudimentaire, un hangar, quelques moules et une
presse à rebattre, telle fut notre première installation fort
économique; quelques surveillants et des aliénés choisis
parmi les plus adroits, tels furent les ouvriers d'une fabri-

cation qui nous procura environ deux cent mille briques réussies au delà de toute attente, si l'on tient compte des imperfections inhérentes à tout début, surtout avec une installation aussi incomplète. La brique avait une belle teinte et revenait à 25 ou 30 francs le mille, au lieu de 60 francs qu'il fallait payer au commerce.

Le gisement d'argile, très abondant aux environs de l'asile, paraissait, fouilles faites, pouvoir suffire à une fabrication de 200 ans. Convenablement lavée et préparée, cette argile semblait devoir se prêter également à la fabrication des tuiles, carreaux, tuyaux de conduite, etc.

Dans de pareilles conditions, devons-nous arrêter la fabrication aux besoins actuels de l'asile? Fallait-il laisser à l'industrie privée, à la spéculation, tout le bénéfice d'une expérience que nous venions de faire? Ou bien, ayant à proximité la matière première très abondante, le combustible dans de bonnes conditions, les moyens de transport, la main-d'œuvre, l'emplacement; une partie de l'outillage, une administration gratuite, devons-nous, avec l'agrément de l'hospice voisin et l'approbation des pouvoirs publics, installer, à l'asile de Quimper, une *briqueterie-tuilerie permanente et affecter le bénéfice net de la fabrication à subventionner une société de patronage en faveur des aliénés indigents du Finistère?*

Certes, l'idée ne manquait pas d'être séduisante! Une fabrication moyenne de 400,000 pièces par an pourrait donner, à 25 francs de bénéfice par mille, un revenu net de 10,000 francs, pour les débuts d'une société de patronage!

Et que de bien à faire dans cette voie! Les aliénés séquestrés trouvant dans un travail facile et plein d'attrait un dérivatif à la tristesse de leur existence, à leurs idées délirantes, la guérison peut-être! Et ce travail utile, procurant aux aliénés un encouragement, des secours à leurs familles indigentes, et, pour eux-mêmes, des ressources qui, le jour

où ils redeviendraient libres, leur permettraient d'attendre un lendemain et un retour de confiance chez ceux qui les avaient employés jadis!

Chaque rechute évitée dans ces conditions, mais ce serait la conservation de l'ouvrier à sa famille, et, pour les contribuables, pour l'assistance publique, une économie à reporter sur d'autres infortunes! Le principal but de l'assistance n'est-il pas précisément de soulager le plus de malheureux avec les mêmes ressources?

Ce bienfait, si évident pour l'aliéné guéri, ne pourrait-il pas s'étendre, dans un assez grand nombre de cas, à des aliénés améliorés et susceptibles de retourner, sans danger, dans leur famille secourue avec le produit accumulé de leur travail?

L'espérance, ce bien suprême des malheureux, ne deviendrait-elle pas, même pour les incurables, une illusion sacrée qu'il faudrait encourager, développer?

Au lieu de ce déprimant adage : « *Laissez ici l'espérance* » qu'on voudrait inscrire au frontispice des maisons d'aliénés, ne serait-il pas vraiment libéral de procurer, par tous les moyens possibles, à l'aliéné indigent que la société séquestre, le moyen de se régénérer par le travail?

Sans doute le travail est organisé, même sur d'assez larges bases, dans les asiles. Mais il s'agit, la plupart du temps, d'un travail peu rémunérateur, le terrassement, et peu rémunéré, puisque le produit de la journée n'est que de dix centimes; et on conçoit qu'il ne le soit pas davantage, vu la faiblesse des subventions accordées par les départements, dont le prix de journée ne dépasse guère 4 franc pour suffire à toutes les dépenses!

C'est par la persuasion et non par la contrainte qu'il faut amener les aliénés à chercher, dans le travail, l'amélioration de leur état mental. Il est fort difficile de leur inculquer la maxime : « *Aide-toi et le ciel t'aidera*. » En effet, que l'on interroge les médecins d'asiles sur la réponse la

plus fréquente qu'ils reçoivent ; beaucoup d'aliénés, des plus aptes, nous disent : « *Si je suis bon pour travailler à l'asile, je puis le faire aussi bien dehors ; renvoyez-moi ou payez-moi, car je puis gagner ma vie.* »

On ne peut pas leur faire comprendre que si on les garde, c'est parce qu'ils ne sont pas encore guéris, parce que leurs familles ont encore peur d'eux, ou parce que leur mise en liberté pourrait avoir de sérieux inconvénients pour eux ou pour le public. Mais, si une société de patronage pouvait faire luire à leurs yeux que leur pécule est augmenté, qu'ils le trouveront grossi au jour de leur sortie, qu'on peut, en attendant, délivrer sur leur demande, un secours, sur ce pécule, au profit de leur famille malheureuse dont ils ont souci, ne serait-ce pas un puissant encouragement et un grand bienfait à tous les points de vue ? Cette famille défiante, qui recule devant la sortie d'un aliéné amélioré, mais non guéri, ne reprendrait-elle pas confiance en voyant, par des preuves, qu'il est apte à travailler et d'un travail continu ? Et ces essais de sortie, que l'on cherche, avec beaucoup de raison à multiplier, ne deviendraient-ils pas plus nombreux ? N'aboutiraient-ils pas, avec le temps qui adoucit tout, à rapatrier, dans leurs familles, quantité d'aliénés devenus calmes et travailleurs, malgré la persistance d'un délire émoussé par la chronicité ?

Mais, plus séduisante est une idée, plus il faut se mettre en garde contre l'engouement et prévoir les objections pratiques. Il est certain que la société s'impose, pour l'amélioration du sort des aliénés, d'énormes sacrifices, et nous estimons que, pris en masse, les aliénés, qui sont une non-valeur sociale et un danger, ne compenseront jamais, par leur travail dans les asiles, qu'une très faible partie de ce qu'ils coûtent à l'assistance publique. Notre but n'est ni d'accroître les sacrifices de celle-ci, ni de proclamer au profit de ceux-là, comme une espèce de droit au travail salarié en compensation de la perte de leur liberté. Nous plaillons seule-

ment ici la cause de deux catégories d'aliénés très dignes d'intérêt : en premier lieu, des aliénés curables ou susceptibles d'une amélioration assez sérieuse pour rentrer dans leurs familles; en second lieu, de ces aliénés incurables qui ne peuvent, sans danger, quitter l'asile tout en conservant leurs aptitudes au travail et la conscience de la privation de leur liberté !

Fondée sur cette base de l'aliéné bénéficiant de son travail pour hâter sa guérison ou améliorer son sort, une société de patronage n'aurait-elle pas tous les droits d'être reconnue comme *œuvre d'utilité publique* et la chance de voir ses ressources grossies par des legs, par des cotisations que les bienfaiteurs sont toujours disposés à souscrire pour des œuvres éminemment utiles.

Cette société de patronage, nous la voudrions au chef-lieu du département, administrée par des membres nommés par le conseil général et par conséquent indépendante, mais contrôlée par l'autorité publique; elle fonctionnerait gratuitement comme les œuvres charitables, nommerait son bureau, aurait sa caisse, serait en relation avec l'administration de l'asile qui lui verserait le produit du travail industriel des aliénés et lui fournirait tous les renseignements utiles pour opérer une judicieuse répartition des fonds aux aliénés à patronner dans leurs familles et aux aliénés dont le sort pourrait être amélioré à l'asile.

Cette société centrale de patronage pourrait avoir pour collaborateurs, dans chaque commune, le maire, le curé, le percepteur qui auraient à fournir des renseignements précis sur les besoins des aliénés et de leurs familles et sur l'emploi des fonds alloués; en outre, ces collaborateurs doubleraient la valeur de l'assistance en portant aux malheureux des conseils et des consolations qui, dans bien des cas, pourraient avoir pour effet de prévenir la rechute ou d'en atténuer les conséquences. Les justifications des fonds, les résultats obtenus feraient chaque année l'objet d'un

compte rendu dont la publication fixerait bien vite sur les avantages et les inconvénients de l'œuvre, sur les modifications ou les perfections dont elle serait susceptible.

Ce projet si séduisant ne nous a paru se heurter qu'à l'objection suivante :

Est-il rationnel et légitime qu'un établissement public subventionné se livre à l'industrie et fasse concurrence aux produits similaires de l'industrie en général, et de l'industrie locale en particulier ?

Pour le cas particulier de la fabrication des briques, tuiles, carreaux, tuyaux de conduite, etc., à installer à l'asile de Quimper, il n'existe pas d'industrie similaire dans le pays, ou il en existe si peu que le commerce est obligé de faire venir de loin, et à des prix exagérés, la plupart des produits nécessaires à la consommation locale. Il sera toujours facile de diriger et de perfectionner la fabrication à l'asile de telle sorte qu'elle se spécialise sur les produits non encore obtenus et qu'on fait venir de loin.

Nous voulons faire une œuvre utile et non nuisible.

Les industries qui viendraient s'établir après la nôtre dans le pays, ne seraient évidemment pas fondées à se plaindre.

A l'objection de principe nous répondons ceci : Nous n'admettons pas qu'un établissement public se livre à la spéculation industrielle, et s'il s'agissait uniquement d'augmenter les ressources d'un établissement de bienfaisance, si louable encore que fût le but, nous ne le proposons pas et l'autorité ne le tolérerait pas. Mais, dans notre système, l'asile de Quimper ne poursuit aucun profit pour lui-même. Il serait désintéressé dans cette fabrication, il y consacrerait même ses meilleurs ouvriers en les retirant des ateliers actuels de culture qui profitent à l'asile. L'expérience démontre que le travail est un des plus puissants moyens de guérison de la folie. Dans un avenir prochain, les travaux agricoles seront insuffisants pour occuper

les aliénés, dont le nombre augmente sans cesse. *Il s'agit d'utiliser cette force vive, dans un double but de traitement et d'assistance. C'est une spéculation curative qui profiterait tout entière aux aliénés!*

Dans un but éminemment tutélaire et moral, la loi autorise le travail de confection dans les prisons et la vente des produits de ce travail.

Je visitais naguères, dans ses détails, grâce à la bienveillance de son habile directeur, M. Blanchard, la célèbre colonie pénitentiaire de Mettray. — On y fabrique et on y vend des instruments agricoles. Le patronage et l'assistance pratiqués à l'égard des jeunes détenus libérés, peuvent être pris pour modèles, car ils ont réduit, dans une étonnante proportion, les récidives.

Lès enfants abandonnés, les filles mères sont également l'objet d'une assistance et d'un patronage qui produisent d'heureux résultats. Eh bien ! cette assistance, ce patronage assurés par la loi, aux victimes du vice, seraient-ils refusés, au nom de la loi, aux victimes de la plus triste des infortunes, parce que les aliénés se livreraient à un travail industriel dont seuls ils bénéficieraient ? La société n'est-elle pas intéressée à patronner ceux-ci à l'égal de ceux-là ? Ne serait-ce pas de la protection à rebours si l'on craignait à ce point d'ombrager le privilège du capital ?

A un point de vue général, si l'on compare le produit du travail des aliénés (ou plutôt de quelques catégories d'aliénés), à la production totale de l'industrie privée, à la puissance des machines, la concurrence des premiers ne peut être qu'insignifiante.

Quoi qu'il pût advenir de ces controverses, nous avons pensé que l'objection fléchirait devant l'immensité du bienfait à atteindre.

Développé dans deux rapports adressés le 8 juin 1879 et le 14 juillet 1880 à M. Le Guay, alors Préfet du Finistère, le projet que nous venons d'esquisser trouva, grâce à l'ap-

pui de cet administrateur, le plus favorable accueil au ministère de l'Intérieur, qui l'encouragea, et au conseil général du Finistère qui l'approuva. — Nous en résumons ci-après l'économie :

En vertu d'un bail passé avec l'hospice voisin, et moyennant une plus-value de 50 francs par an, l'asile a le droit d'extraire, de la lande de Cuzon, l'argile nécessaire pour sa fabrication, à la charge toutefois de remplacer l'argile extraite par des déblais perméables et de les recouvrir de la terre végétale préalablement enlevée. Cette opération, qui serait très onéreuse pour un industriel, procurera à l'asile du travail pour le gros de ses ateliers et l'hospice voisin verra s'améliorer, progressivement, un sol actuellement imperméable.

Assurés de la matière première, nous avons obtenu du conseil général un prêt de 20,000 francs pour construire, dans l'enclos de l'asile, une briqueterie-tuilerie qui se compose d'un bâtiment de 26 mètres de long sur 15 de large, avec planchers et comprenant : un four perfectionné à 4 compartiments (système Joly-Barbot), des hangars, des ateliers et un séchoir. Le matériel se compose de lavoirs, de moules et de presses, avec lesquels les aliénés se sont rapidement familiarisés. L'asile a l'obligation de rembourser le prêt du département en quatre annuités de cinq mille francs. L'amortissement du capital et le remboursement des avances de l'asile, pour la fabrication, seront assurés par un prélèvement, sur les produits vendus, prélèvement qui sera chaque année prévu au budget, ainsi que les avances de l'établissement, pour que tout se fasse régulièrement et pour que l'administration de l'asile soit au-dessus de tout soupçon. En règle générale, les ventes des produits auront lieu par adjudication.

Après le prélèvement des frais et de l'annuité à amortir, l'excédent sera affecté à la société de patronage, conformément aux statuts dont il a fallu également nous préoccu-

per. Grâce à l'obligeance des administrations de la Seine et de la Meurthe, nous avons largement emprunté aux statuts des sociétés de patronage de Paris et de Nancy, dans l'exposé des motifs que nous avons soumis à M. le Préfet du Finistère.

La société de patronage pour les femmes aliénées de la Salpêtrière, sortant guéries, dispose d'un *Asile ouvroir* où sont accueillies temporairement les convalescentes sans famille et sans travail. C'est une pensée excellente et d'une exécution peut-être facile à Paris, où le patronage ne rayonne guère au delà de la ville. L'asile de Quimper tient en location, à un kilomètre de distance, la ferme de Kérbasquiou qui lui a servi de colonie agricole pour 23 aliénés et 4 surveillants pendant cinq ans, et d'ambulance en 1870-71. Il serait sans doute facile de rétablir cette colonie pour y recevoir et y faire travailler les aliénés guéris, dépourvus de famille, en attendant qu'on trouve à les placer chez des cultivateurs. Mais, il faudrait que ce séjour à la colonie fût limité à quelques mois et qu'en tout cas la rechute du patronné ne fût pas modifier le domicile de secours, afin de ne pas augmenter indûment les charges de la commune, siège de la colonie. Au surplus, un règlement aurait à intervenir pour régler les conditions de ce séjour à la colonie.

Voici quelles étaient les bases proposées au conseil général du Finistère :

PROJET DE STATUTS

POUR LA SOCIÉTÉ DE PATRONAGE DES ALIÉNÉS INDIGENTS DU FINISTÈRE.

TITRE 1^{er}. — *But de la Société.*

Art. 1^{er}. — L'Œuvre de bienfaisance, fondée à Quimper sous le titre : *Société de Patronage pour les aliénés*, a pour but de venir en aide aux aliénés indigents sortis guéris de l'asile

départemental, ou en tout cas suffisamment améliorés pour vivre sans danger sous la direction de leur famille.

Le patronage s'exerce au moyen d'une colonie agricole, de secours à domicile, de secours moraux, de secours médicaux.

TITRE II. — *Composition de la Société.*

Art. 2. — La Société de Patronage se compose de membres fondateurs et de membres honoraires en nombre illimité.

Le titre de membre fondateur s'acquiert par la concession d'une rente annuelle et perpétuelle de 10 francs ou par le don d'un capital de 200 francs au moins.

La qualité de membre honoraire est acquise à toute personne payant une souscription annuelle de 10 francs.

TITRE III. — *Administration.*

Art. 3. — La haute direction de l'Œuvre appartient à un conseil d'administration de quinze membres élus au scrutin secret, à la majorité des suffrages exprimés, par le conseil général du Finistère, à sa session d'août. Ce conseil est renouvelé par cinquième tous les ans. Les membres sortants peuvent être réélus.

Art. 4. — Le conseil d'administration choisit dans son sein un président, un vice-président, un secrétaire et un trésorier.

Il se réunit tous les mois et, en outre, toutes les fois que les besoins de l'Œuvre l'exigent. Il peut délibérer à la majorité des voix. En cas de partage, la voix de la personne qui préside est prépondérante.

Art. 5. — Le conseil d'administration sera chargé de la gestion morale et matérielle de l'Œuvre, de l'ensemble et des détails de l'administration.

Les fonctions de membre du conseil d'administration seront gratuites, excepté celles du trésorier et du secrétaire.

Ce conseil aura pour correspondants, dans chaque commune, une commission locale composée du maire, du curé et du percepteur, qui lui serviront d'intermédiaires auprès des aliénés à patronner et à secourir.

Dès que les ressources de l'Œuvre seront assurées, le conseil d'administration se mettra en instances pour obtenir du gouvernement la reconnaissance d'utilité publique avec les privilèges qui s'y rattachent.

TITRE IV. — *Ressources de la Société.*

Art. 6. — Les ressources de l'Œuvre se composent :

1° Des produits nets de la briquerie-tuilerie installée à l'asile.

2° Des subventions accordées par l'État, le département, et les communes du Finistère.

3° Des souscriptions des membres fondateurs et honoraires.

4° Des dons et des legs dont l'acceptation aura été autorisée par le gouvernement.

5° Du produit du travail des aliénés convalescents admis dans la colonie agricole.

6° Des intérêts de fonds placés.

Art. 7. — Le trésorier est chargé de la perception des produits et revenus de la Société et du paiement des dépenses.

Il représente l'Œuvre dans toute circonstance, mais il ne peut agir qu'en vertu de délibérations spéciales du conseil d'administration.

Il rend compte de sa gestion à la fin de chaque année et fait connaître chaque mois, au conseil d'administration, l'état de la caisse et la situation financière de l'Œuvre.

Art. 8 — Les fonds libres seront placés à la caisse d'épargne de Quimper, ou en compte courant avec le Trésor, en réservant seulement en caisse la somme indispensable au service courant.

TITRE V. — *Dispositions générales.*

Art. 9. — La colonie agricole est destinée à recevoir temporairement les patronnés, soit à leur sortie immédiate de l'asile, soit à toute autre époque, lorsqu'ils sont momentanément sans travail et sans ressources. Toutefois, le temps ainsi passé à la colonie ne pourra pas compter pour acquérir domicile dans la commune, pas plus que le temps passé à l'asile dont la colonie n'est qu'une annexe.

Art. 10. — La colonie agricole ne peut conserver que des aliénés guéris ou suffisamment améliorés pour n'être pas un danger au dehors, et s'il se manifeste une rechute, sur l'avis du médecin de l'asile, il sera pris immédiatement toutes les mesures nécessaires pour obtenir, dans le plus bref délai possible, la réadmission du malade au quartier de traitement de l'asile.

Art. 11. — Les patronnés admis dans la colonie agricole

seront employés à des travaux d'agriculture et recevront à leur sortie le produit de leur travail, déduction faite, s'il y a lieu, d'une partie des frais qu'ils auront occasionnés.

Art. 42. — Un règlement intérieur, arrêté par le conseil d'administration, soumis à l'approbation préfectorale, déterminera l'organisation de la colonie agricole, les conditions d'admission à cette colonie et aux secours, et les dispositions de détail propres à assurer la pleine exécution des présents statuts.

Art. 43. — Une assemblée générale de tous les membres de l'Oeuvre a lieu une fois par an au mois d'avril, lors de la session du conseil général du Finistère.

Le conseil d'administration y expose la situation morale et financière de l'Oeuvre et des résultats obtenus. Des exemplaires du compte rendu sont adressés à l'administration, au conseil général et aux sociétaires.

A sa session du mois d'août, le conseil général apure les comptes de la Société de Patronage pour l'exercice précédent et procède au renouvellement partiel du conseil d'administration.

Art. 47. — Dans le cas où cette Oeuvre cesserait d'exister, les valeurs lui appartenant deviendraient la propriété de l'asile départemental de Quimper.

TITRE VI. — *Dispositions transitoires.*

En attendant que les statuts soient approuvés et que les ressources de la Société deviennent suffisantes, soit pour leur mise en fonctionnement, soit pour l'obtention de la reconnaissance d'utilité publique, le Patronage à l'égard des aliénés sera exercé par l'Administration et la Commission de surveillance de l'asile qui établiront un compte rendu spécial sur le progrès de l'Oeuvre jusqu'à la constitution définitive de la Société.

Notre projet de société de patronage, adopté en principe par le conseil général du Finistère, dans sa séance du 24 août 1879, a définitivement été voté par cette assemblée le 49 août 1880.

Le rapport, présenté au conseil général par un de ses membres (M. le Dr Le Batard, membre de la commission de surveillance de l'asile), contient au sujet des statuts, la conclusion suivante qui a été homologuée par le conseil :

« Quant au projet de statuts, présenté par M. Baume, il
 » est élaboré avec beaucoup de soin, en prenant pour
 » bases l'étude déjà faite dans Paris et Nancy. Je vous pro-
 » poserai d'ajourner ce projet de statuts jusqu'au moment
 » où la briqueterie-tuilerie sera bien organisée, aura
 » donné des résultats et remboursé le département de ses
 » avances. D'ici à cette époque, qui ne peut être bien éloi-
 » gnée, l'honorable directeur, assisté de la commission de
 » surveillance, serait chargé de distribuer, avec l'aide des
 » maires, des curés et des percepteurs, les secours néces-
 » saires, aux aliénés indigents dont l'administration de
 » l'asile est plus capable que personne d'apprécier les
 » besoins. »

La briqueterie-tuilerie est construite, les aliénés y tra-
 vaillent avec entrain, d'aucuns spéculent déjà sur les rentes
 futures qui égayeront leur retour à la vie libre : il importe
 de les soutenir par des employés aptes à seconder ce beau
 zèle. Les débuts seront nécessairement imparfaits, car un
 capital de 20,000 francs n'est pas énorme pour produire
 40,000 francs de revenus ! Et puisqu'il faut, tout d'abord,
 rembourser ce capital, la société de patronage ne pourra
 pas de suite fonctionner.

Mais, notre but est atteint, notre œuvre est debout. —
 Elle est de celles qui semblent prédestinées au succès,
 surtout quand elles naissent au moment où une grande com-
 mission parlementaire est chargée d'étudier les amélio-
 rations à apporter au sort des aliénés !

Nous terminons notre travail en exprimant le vœu que
 tous les asiles publics soient, dans un avenir prochain,
 pourvus de sociétés de patronage en faveur de leurs alié-
 nés indigents.

Médecine légale

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Par M. le Dr A. GIRAUD

Directeur-Médecin de l'asile de Fains.

LES INCENDIAIRES (*suite*).— Affaire L..., imbécillité, incendies, irresponsabilité: par MM. Dagonet, Lucas et Magnan, médecins de l'asile Sainte-Anne. — Affaire L..., faiblesse intellectuelle, impulsions instinctives, incendie, irresponsabilité; par MM. A. Giraud et André; à Fains. — Affaire D..., imbécillité avec délire des actes, incendie, irresponsabilité. Affaire B..., lypémanie, inculpation d'incendie et outrages, irresponsabilité; par MM. Michel, Gelly et A. Giraud; asile de Fains. — Affaire T..., incendie volontaire, vols qualifiés, outrages, etc.; responsabilité; par M. Mordret, au Nans.

Nous avons cherché, dans la précédente revue, à grouper les faits pouvant présenter entre eux quelque analogie. La série de rapports concernant des incendiaires, que nous avons à analyser, n'est pas épuisée, et nous y trouvons de nouvelles particularités à signaler.

Le nommé L..., en religion frère M..., examiné par MM. Dagonet, Lucas et Magnan, était inculpé d'avoir allumé un incendie à l'asile de Lehon, le 24 octobre 1876; et d'avoir, peu de temps après, fait deux nouvelles tentatives, qui auraient pu être suivies d'accidents graves, sans la surveillance exercée et les secours apportés immédiatement. En présence des charges accumulées contre lui, L... se reconnut l'auteur des incendies, mais il déclara d'abord qu'il avait agi sous l'influence d'un état d'aliénation mentale, et plus tard il accusa deux frères attachés à

l'établissement de lui avoir donné le conseil d'agir comme il l'avait fait.

L... était âgé de vingt-trois ans. Les experts signalent que d'après plusieurs dépositions, il aurait eu, vers l'âge de six ans, une fièvre cérébrale et qu'à partir de cette époque il aurait présenté des anomalies au point de vue de son caractère et de son intelligence. Il n'avait pas de prédispositions héréditaires, mais une organisation morale et intellectuelle défectueuse. D'après divers témoins, il avait la passion de l'alcool, et lorsqu'il avait bu, devenait visionnaire.

Vers l'âge de dix-neuf ans, L... avait été admis comme malade à l'asile de Dinan, et l'on avait attribué l'accès d'aliénation mentale à des excès alcooliques. Toutefois on signale la tendance qu'il avait à commettre le mal. « Il » était, dit le rapport des experts, poussé à des actes dé-
» raisonnables et aurait eu comme des impulsions à faire
» le mal, à se livrer à des actes de méchanceté; et lui-
» même nous déclare dans un de ses interrogatoires que,
» lorsqu'il gardait les vaches dans son pays, il lui prenait
» quelquefois une irrésistible envie de frapper les bêtes
» sans motif avec son bâton. » Divers actes étranges lui
sont attribués dans son pays, et il a avoué avoir deux fois
mis le feu, dans les circonstances suivantes, avant sa première séquestration. En allant chercher une jument dans un pré, à la tombée de la nuit, il a placé des allumettes enflammées sous une meule d'ajoncs, ne sachant pourquoi il le faisait, mais se sentant poussé à le faire. Il n'avait pas à se plaindre du propriétaire des ajoncs et était ensuite venu aider à éteindre le feu. Neuf jours après, il a mis le feu à la maison d'une personne contre laquelle il n'avait aucun grief. « Cette idée, lisons-nous, lui est » venue sans qu'il puisse dire comment. Il a levé le lo-
» quet; il a fortement poussé la porte et la gâche mal
» scellée a cédé promptement. Il est monté au grenier, a

» mis encore cette fois des allumettes sous des ajoncs, est
» redescendu, n'a touché à aucun objet et est ressorti ti-
» rant fortement le loquet, et la porte a paru fermée. De
» retour chez lui, il a attendu et s'est empressé d'accourir
» avec deux seaux quand on a crié au feu. Il a été très
» peiné, dit-il, en voyant le chagrin de la pauvre femme
» devant sa maison en flammes, mais il n'a osé rien dire. »

Durant son séjour comme malade à l'asile de Dinan, les certificats médicaux et les notes mensuelles ont constaté, outre son état de faiblesse intellectuelle, des hallucinations et des idées délirantes que l'abus des alcooliques avait augmentées, et l'on ne voit pas qu'il ait été considéré comme guéri. « Il est mieux, dit le docteur Richard, dans
» une note, mais je pense qu'il serait imprudent de le ren-
» voyer avant qu'on ait, par un séjour plus prolongé dans
» l'asile, constaté la solidité de sa guérison. Il veut se
» faire religieux; au lieu de chercher la compagnie des
» convalescents raisonnables, il fait société avec les gens
» les plus bornés de la salle. Les sentiments affectifs pa-
» raissent à peu près nuls chez lui. C'est un signe évidem-
» ment fâcheux au point de vue du pronostic de la ma-
» ladie. »

Les plus mauvais renseignements ont été fournis sur son compte au noviciat de Lyon où il avait été admis, et d'où il fut renvoyé; on le présente comme susceptible, paresseux et imbécile, très porté au mensonge, et méchant avec les inférieurs. Une nuit qu'il était de veille, le feu se déclara; au lieu de chercher à l'éteindre, il alla sonner les cloches.

A Dinan, où il avait été reçu encore comme novice, on constatait également son infériorité intellectuelle. Le 14 novembre au matin, lorsqu'après une troisième tentative d'incendie, les soupçons s'étant portés sur lui, il avait été enfermé dans un cabanon, il fut visité par le docteur Richard, qui le vit la figure rouge, le regard fixe et brillant, paraissant en proie à des hallucinations de la vue.

Il disait qu'il voyait une femme qui voulait l'épouser.

Dans les divers interrogatoires qu'il a subis, il s'est fréquemment contredit, tantôt attribuant ses actes à une idée subite, tantôt prétendant qu'il avait obéi à une hallucination, tantôt que deux des frères lui avaient donné le conseil de mettre le feu.

L'examen direct confirma les présomptions d'insuffisance intellectuelle. Les experts signalent une conformation anormale du crâne. La tête allongée est fortement développée en arrière ; le diamètre bilatéral est diminué, le front est étroit et la face asymétrique ; le regard est faux et ordinairement baissé à terre. L... n'a pas pu dire l'année de sa naissance, et s'il a appris à lire, à écrire et à compter, il n'a jamais été capable de faire l'apprentissage d'un état. Sa mémoire est des plus défectueuses et il ne sait nullement se rendre compte de ses pratiques religieuses. Il paraît avoir éprouvé à diverses reprises des hallucinations de la vue et de l'ouïe, prétendant voir apparaître des femmes ou le diable, et il a manifesté quelques idées de richesses ; mais, dans divers interrogatoires, le délire qu'il accusait ne parut pas en rapport avec son attitude, et donna lieu de penser que L... cherchait à simuler. A l'asile Sainte-Anne, ses divers récits furent contradictoires, comme l'avaient été ses réponses dans le cours de l'instruction. Dans leur appréciation de l'état mental, les experts considèrent le prévenu comme atteint de faiblesse intellectuelle et d'imbécillité morale, avec manifestations délirantes sous l'influence de certaines périodes de surexcitation, et ils motivent ainsi leur opinion :

« La preuve de la faiblesse intellectuelle nous paraît
» nettement établie par les notions incomplètes que possède
» L..., malgré l'instruction qui lui a été donnée, par sa dif-
» ficulté pour apprendre, la faiblesse de sa mémoire,
» l'impossibilité de faire le moindre calcul sans compter
» sur ses doigts, son raisonnement peu logique, la faiblesse

» des moyens qu'il emploie pour se justifier, enfin par
» l'expression même de sa figure qui révèle d'une manière
» incontestable l'insuffisance même des facultés intellec-
» tuelles.

» L'espèce d'imbécillité morale dont il est atteint ressort
» avec la même évidence des faits que nous avons exposés.
» L... manque absolument de sens moral. Il a commis les
» actes les plus répréhensibles sans avoir l'entière con-
» science des conséquences qui pouvaient en résulter et
» sans comprendre ce que leur caractère avait de déplora-
» ble au point de vue moral. Sous ce rapport, il n'a et ne
» pouvait avoir ni repentir ni remords.

» Il avoue sans la moindre hésitation avoir commis des
» actes de pédérastie, avoir fait des confessions menson-
» gères, avoir communiqué dans ces mauvaises conditions,
» toutes circonstances qui, au point de vue de son éduca-
» tion religieuse, constituent des faits monstrueux; cette
» conduite ne l'émeut en aucune façon, il n'en saisit cer-
» tainement pas la gravité, et pour toute réponse, il se
» borne à dire qu'il ne pensait pas que c'était mal, sa
» conscience reste parfaitement calme. Une fois seulement,
» nous sommes arrivés à lui donner une forte émotion en
» lui faisant craindre une condamnation à mort; mais cette
» impression n'a pas été de longue durée. Quelques heures
» après, L... avait repris sa complète indifférence.

» Enfin, L... a été sujet à des manifestations délirantes
» et à des tendances impulsives qui se sont produites à
» différentes époques et dont l'existence nous paraît de-
» voir être mise hors de doute. »

Dans de telles conditions, la liberté morale paraît aux experts des plus restreintes et la responsabilité en consé-
quence singulièrement atténuée. Les conclusions des experts sont les suivantes :

« 1° L... est atteint de faiblesse intellectuelle et d'imbé-
» cillité morale;

» 2^o Il a présenté à plusieurs reprises dans son village
» de l'excitation et du délire sous l'influence probable
» d'excès de boisson. Il a voulu plus tard simuler le délire
» mais sans succès, comme tout imbécile ;

» 3^o Il a une conscience fort incomplète de ses actes ;
» que ces actes aient été accomplis sous l'influence d'im-
» pulsions instinctives ou sous l'influence d'une excitation
» étrangère, ainsi qu'il le prétend pour ce qui concerne
» l'incendie de l'asile de Lehon ;

» 4^o L... doit être considéré comme étant à l'avenir inca-
» pable de se diriger, il a besoin d'être soumis à une direc-
» tion particulière : sa place est dans un asile d'aliénés,
» plutôt que dans une prison. »

Conformément à ces conclusions, L... a été séquestré dans un asile d'aliénés. Ce que nous observons de plus saillant dans ce fait, c'est que le prévenu avait, à une époque antérieure, été considéré comme aliéné et traité comme tel. Il avait, sans que des poursuites eussent été intentées contre lui, déjà été cause de plusieurs incendies ; et une période de temps assez longue s'était écoulée entre la première séquestration et les faits qui ont donné lieu à l'expertise ordonnée par la justice. L'affaire L... diffère complètement des deux cas relatés dans la précédente revue, dans lesquels nous avons vu que, malgré la gravité des faits ayant motivé la séquestration, des malades considérés comme guéris complètement avaient pu sortir de l'établissement. L..., lors de son premier séjour à l'asile de Lehon, ne paraissait pas guéri au médecin de l'établissement. On doit supposer que ses antécédents étaient peu connus : Il a été considéré comme inoffensif et traité comme tel ; les circonstances qui ont suivi ont révélé le danger de le laisser en liberté et la persistance de ses impulsions à commettre des actes nuisibles.

Deux faits analogues ont été récemment soumis à notre

propre observation et leur rapprochement de l'affaire précédente nous paraît présenter quelque intérêt :

L... Nicolas-Firmin, examiné au mois d'août 1880 par nous et M. André, médecin adjoint de l'asile de Fains, était prévenu d'avoir volontairement mis le feu au domicile de ses parents. Il était âgé de trente et un ans, et, d'après les documents qui nous ont été remis, avait donné depuis longtemps des signes d'aliénation mentale. Il avait été traité dans une maison de santé, du mois d'août 1874 au mois de septembre 1876, et était sorti sur la demande de ses parents. Il était atteint, d'après les certificats médicaux délivrés en 1874, de lypémanie stupide, avec hallucinations de l'ouïe, greffée sur des facultés intellectuelles peu développées. Le relevé des notes mensuelles le montre déprimé, s'accusant de méfaits imaginaires, refusant parfois d'accepter la nourriture. Plus tard il consentit à s'occuper et on put considérer son état comme amélioré, mais il resta apathique, sans initiative et toujours tourmenté par ses idées lypémaniques.

L... Nicolas avait des antécédents héréditaires : son père, mort récemment, était considéré dans le pays comme aliéné, sa mère serait en démence et un frère faible d'esprit. De tout temps, il s'est fait remarquer par son humeur sombre et taciturne. Il travaillait à la culture avec ses parents, mais son travail était très défectueux, irrégulier, parfois il commettait des erreurs et cultivait les champs des voisins pour les siens, ou laissait les bestiaux à l'abandon. Il était d'un caractère irascible et brisait dans sa colère ce qui lui tombait sous la main. Son état se serait aggravé vers l'époque où il devait tirer à la conscription, et c'est alors que son état de folie a nécessité son séjour dans une maison de santé.

L'incendie s'étant déclaré pendant qu'il était seul à la maison, les soupçons se portèrent de suite sur lui. Il déclara qu'après avoir donné à manger aux bestiaux il s'ap-

prêtait à aller à la vigne, mais que, n'ayant pas trouvé un outil qu'il cherchait, il s'était mis en colère, avait été prendre des allumettes et avait mis le feu à une botte de paille dans l'écurie. Après s'être assuré que le feu était bien pris, il s'était retiré au jardin et il ne s'est décidé à porter secours qu'après l'arrivée de diverses personnes, quand l'alarme fut donnée du dehors.

Pendant tout le temps qu'il a été soumis à notre observation, il s'est montré dans un état habituel de dépression allant parfois jusqu'à la stupeur. Il se tenait continuellement à l'écart, restant toute la journée accroupi à la même place, sans proférer une seule parole et dans une inertie physique et intellectuelle presque absolue. Les traits de son visage étaient sans aucune expression, il tenait la tête penchée, le regard fixé au sol ; lorsqu'on lui adressait la parole, il répondait toujours avec lenteur et presque par monosyllabes, parfois même gardait un mutisme obstiné. En dehors de son état de dépression, les réponses qu'on obtenait de lui révélaient un état notoire de faiblesse intellectuelle, ses souvenirs étaient confus, ses réponses enfantines. Ainsi, il savait qu'il avait été quinze jours à la prison de Saint-Mihiel parce qu'il avait été deux fois à la chapelle, et peu de temps après son arrivée à l'asile, il répondait qu'il était là depuis deux mois moins quinze jours, parce qu'ayant mis le feu chez lui au mois de juillet, comme on était au mois d'août, cela faisait deux mois dont il déduisait son séjour à Saint-Mihiel. Il attribuait le séjour qu'il avait fait dans une maison de santé à des fautes qu'il aurait commises, mais quand on lui demandait quelles étaient ces fautes, il s'accusait d'avoir abattu des noix, ou lâché les chevaux en pâture. Pendant le cours de notre examen, nous n'avons pas constaté d'une manière positive l'existence d'hallucinations, toutefois à diverses reprises il est sorti de son mutisme habituel pour prononcer des phrases telles que : « Qu'on me crève les yeux, je le mérite. »

Les renseignements fournis par le dossier, la notion des antécédents héréditaires et notre examen direct, ne pouvaient nous laisser aucun doute sur l'état mental du prévenu, et les conclusions que nous avons formulées ont été les suivantes :

« 1° L... Nicolas-Firmin est atteint de faiblesse intellectuelle ;

» 2° Il a présenté en outre à diverses reprises des phénomènes de dépression lypémanique ; il est sujet à des impulsions irrésistibles et est actuellement dans une de ces périodes de dépression ;

» 3° Il paraît avoir mis le feu au domicile de ses parents sous l'influence de son délire et par une impulsion irrésistible. Il doit être considéré comme irresponsable de ce fait ;

» Il doit être considéré comme un aliéné dangereux et mis à la disposition de l'administration pour être séquestré dans une maison d'aliénés. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu fut rendue et L... Nicolas fut maintenu à l'asile de Fains par arrêté préfectoral. Il se montre habituellement déprimé ; il est susceptible néanmoins d'être occupé à diverses corvées, à la buanderie pour le transport du linge. Au mois d'avril 1881, il a présenté un état complet de stupeur suivi d'un court accès d'agitation, pendant lequel il s'est montré désordonné et bruyant ; pendant plusieurs heures des sanglots alternaient avec des aboiements, puis l'agitation s'est calmée, et il a repris ses occupations habituelles. Il a été atteint de panaris, sans que l'état mental ait été influencé par l'affection incidente.

Comme dans le cas précédent, le prévenu était un faible d'esprit à impulsions irrésistibles, ayant présenté, à une époque antérieure, des périodes de trouble intellectuel qui avaient nécessité le séjour dans un établissement d'aliénés.

À un mois de distance, un second prévenu, le nommé D... Auguste, inculpé d'incendie volontaire, a été placé en observation à l'asile de Fains et MM. les docteurs Michel et Gelly, de Bar-le-Duc, ont été avec nous chargés de présenter un rapport sur son état mental.

D..., qui n'avait pas encore atteint dix-sept ans, présentait depuis longtemps des troubles de l'intelligence et avait déjà été traité deux fois à l'asile de Fains. D'après les renseignements fournis lors de sa première admission à l'établissement, il avait comme antécédents héréditaires une tante aliénée, et des signes d'aliénation auraient été remarqués chez lui dès l'âge de dix ans. Il était plus triste que les autres enfants, et ne savait pas se guider. Il courait dans les champs sans motif et gardait un mutisme complet, quand on lui demandait où il avait été et ce qu'il avait fait. Parfois il refusait de manger, d'autres fois il était glouton. Ses extravagances le rendaient la risée des autres enfants.

A l'âge de quinze ans, des faits plus graves motivèrent son placement d'office à l'asile. Il avait perdu le sommeil, refusait tout travail; il disparaissait du domicile de ses parents pendant plusieurs jours; il se relevait la nuit en criant, et un vol de couteaux qu'il avait fait à l'abattoir fit craindre quelque mauvais coup de sa part.

A son entrée à l'asile, en 1878, on nota la faiblesse de son intelligence et la perte de toute espèce d'activité. D... était tombé dans une espèce d'anéantissement, répondait à peine aux questions et refusait même les aliments. Cet état de dépression ne fut pas de longue durée, mais on put constater un caractère insoumis et une sorte d'instinct à faire le mal. Le 19 octobre, il s'évadait. Sa réintégration ne fut pas ordonnée, parce que sa famille demanda à le conserver; son père s'engagea à le surveiller de près et en répondit.

Pendant quelques mois, D... se montra assez docile, puis il reprit ses allures extravagantes, se mit de nouveau à courir les champs, cessa de travailler, refusant parfois de

prendre des aliments. Des menaces de mort contre ses parents, et des actes de violence déterminèrent sa réadmission à l'asile, le 2 août 1879. Le diagnostic porté fut alors : Imbécillité avec instincts vicieux. D... se montrait, en outre, habituellement déprimé. Au mois de janvier, il entra dans une période de calme; il s'était mis au travail, ses actes étaient réguliers, il se montrait doux et docile, et à la fin de février son père demanda à le reprendre.

Le 22 juin, à trois heures du matin, un incendie éclatait dans une maison isolée, que le propriétaire n'habitait pas en ce moment de l'année, et dans laquelle aucun gardien ne résidait. Toutes les issues en avaient été fermées. Les soupçons se portèrent sur D..., qui avait été vu sur le théâtre de l'incendie, et qui à une époque antérieure avait déjà pénétré par escalade dans la propriété. Les soupçons furent confirmés par ce fait que l'on trouva sur lui divers objets, qu'il avoua avoir pris dans la maison où le feu s'était déclaré, et que le propriétaire reconnut.

D'après son propre récit, dans l'instruction ouverte contre lui, D... avait pénétré par escalade dans la propriété; en passant près de la maison, il avait culbuté une statue de la sainte Vierge qui se trouvait dans une niche, puis avait placé la statue sur le dos; les persiennes d'une des fenêtres de la maison n'étaient pas très bien fermées, il les a ouvertes; il a brisé un carreau et a pénétré dans la maison. Il avait sur lui des allumettes et une bougie qu'il a allumée; il s'est promené dans la maison, a pris sur une cheminée deux petites cruches en terre dorée et une boîte à coquillages, puis il a placé sa bougie allumée sur un lit et le feu s'étant communiqué, il a repris pour quitter la maison, le chemin qu'il avait suivi pour entrer. Il a repoussé les persiennes, il est sorti de la propriété, mais ne s'est pas éloigné, car il était sur la place quand l'alarme a été donnée. Les dépositions de l'enquête ont fait connaître un point intéressant : d'après le dire de sa mère, il ne dormait plus depuis

un certain temps, et la nuit même de l'incendie, il ne s'est pas mis au lit.

Lorsqu'il a été amené à l'asile et soumis à notre examen, D... s'est montré apathique et indifférent, et son attitude n'était pas de nature à faire modifier le diagnostic porté à un des précédents séjours. Au point de vue du développement physique, on ne remarquait aucune anomalie bien saillante. Sa taille était beaucoup au-dessus de la moyenne, surtout pour un garçon qui n'avait pas atteint dix-sept ans (il mesurait 1^m78); il n'avait pas d'asymétrie de face. Toutefois son crâne était peu développé et le front étroit : la circonférence horizontale de la tête était de 56 centimètres et le diamètre antéro-postérieur dépassait beaucoup le diamètre transversal; enfin, la voûte palatine était d'une hauteur exagérée. Au point de vue mental, ses réponses dénotaient la faiblesse de son intelligence. Cette faiblesse d'esprit est devenue d'autant plus manifeste que D... paraissait vouloir se défendre d'avoir mis le feu. Pour expliquer ses aveux, il prétendit n'avoir pas su ce qu'il disait quand on l'interrogeait, et n'avoir signé que pour se débarrasser de ceux qui l'importunaient, afin d'être tranquille. Sur ce sujet, ses réponses devenaient une série de contradictions. Ainsi, il reconnaissait sans aucune difficulté qu'il avait pris les objets retrouvés sur lui, ne niait pas leur provenance, et il soutenait avec obstination qu'il n'était pas entré dans la maison. Il avouait, que sur lui, il avait une bougie et des allumettes et qu'il s'en était servi, et il reprenait avec humeur qu'il n'était pour rien dans l'incendie. Il a accepté sa séquestration comme une chose toute naturelle et n'a jamais paru se rendre compte des charges qui pesaient sur lui. Il n'a jamais cherché à excuser le vol des objets dont il a été trouvé porteur et il n'a jamais manifesté de regrets. Il ne voyait aucun mal à pénétrer dans une propriété par escalade, et ici la distinction du bien et du mal lui faisait complètement défaut.

La discussion des faits nous a amenés à conclure à l'irresponsabilité et nous avons donné notre résumé dans les termes suivants : « La maladie chez lui n'est pas continue, » mais présente des phases diverses. La faiblesse intellectuelle qui caractérise l'imbécillité persiste toujours, mais » à la faiblesse d'esprit s'ajoutent d'autres symptômes se » présentant plus ou moins régulièrement sous forme » alternante. Tantôt on constate l'excitation, tantôt, au » contraire, la dépression et le délire apparaissent le plus » souvent sous forme de délire des actes. Cet état complexe est lié à un arrêt de développement et à une déviation malade de l'intelligence. Sans revenir sur les » faits anciens, les actes sur lesquels nous sommes appelés » à donner notre appréciation sont ceux d'un insensé. » D... n'avait aucun motif pour causer un préjudice à » à M. H..., et il est même probable qu'il a pénétré dans » la maison sans avoir l'intention d'y mettre le feu. Avant » d'entrer, d'après sa propre déposition, il a renversé » une statue de la sainte Vierge, obéissant à une impulsion subite et non raisonnée, car il n'a pas cherché » à briser la statue, et, d'ailleurs, quand il était à l'asile, il » suivait de son plein gré les exercices religieux. Dans la » maison où il pouvait avoir pour but de chercher quelque » chose à sa convenance, il s'est emparé simplement d'objets qui ne pouvaient lui être d'aucune utilité; puis » quand l'incendie a été allumé, il est resté dans les environs, ne se doutant pas que sa présence éveillerait les » soupçons; et enfin, il n'a pas cherché à dissimuler les » objets dérobés, objets qui sont contre lui une preuve » irrécusable.

» Aujourd'hui, il n'a pas conscience des charges qui pèsent contre lui, ne manifeste aucun regret, et croit » qu'il lui suffit de nier les faits, alors même que l'évidence » est contre lui. Il pouvait, lorsqu'il a été arrêté, chercher » une atténuation en invoquant un accident, mais il a fait

- » connaître alors toutes les circonstances de l'incendie. Ses
- » dénégations jointes à son attitude indifférente ne font
- » que confirmer l'absence malade du sens moral et la
- » faiblesse avec déviation de l'intelligence. »

Nos conclusions ont été les suivantes :

- » 1^o D... est atteint d'imbécillité avec délire des actes ;
- » 2^o Il n'a pas la libre conscience de ses actes et doit
- » être déclaré irresponsable ;
- » 3^o Il doit être considéré comme un aliéné dangereux
- » et mis à la disposition de l'administration pour être
- » maintenu dans un établissement d'aliénés. »

Conformément à nos conclusions, une ordonnance de non-lieu fut rendue. D... fut mis à la disposition de l'administration et maintenu d'office à l'asile. Il se montra apathique et indifférent, ne cherchant à rendre aucun service, paraissant se complaire dans l'oisiveté absolue, manifestant toutefois ses instincts de vagabondage par des tentatives d'évasion. Au bout de quelques mois, apparurent des symptômes de tuberculisation pulmonaire. La marche de la maladie incidente fut rapide ; l'indocilité du malade qui refusait le plus souvent les médicaments et parfois même la nourriture, rendit le traitement difficile et la mort survint dans le cours de l'année.

Par une singulière coïncidence (4), deux autres incendiaires ont été admis à l'asile de Fains dans le cours de l'année 1880. L'un était âgé de 47 ans, affecté de lypémanie et qui, sous l'influence de son délire et obéissant à des hallucinations, avait incendié sa propre maison ; l'autre était une femme, inculpée de tentative d'incendie et d'outrages, placée en observation et sur l'état mental de laquelle

(4) Les quatre incendiaires, admis en 1880 à l'asile de Fains, venaient de quatre points différents du département, éloignés les uns des autres. Il semble difficile d'invoquer ici l'esprit d'imitation.

nous fûmes appelé avec MM. les D^{rs} Michel et Gelly à présenter un rapport. Ce dernier cas nous conduits à aborder un ordre de faits complexes, dans lesquels l'accusation d'incendie est en quelque sorte accessoire et qui forment une catégorie distincte.

La nommée B..., femme C..., était âgée de quarante et un ans; comme antécédents héréditaires, on nous signale qu'une tante paternelle a donné des signes d'aliénation mentale, et s'est donné la mort en se coupant le cou avec un rasoir; le père, âgé d'environ soixante-dix ans, est tombé en enfance; un frère a eu un accès d'aliénation mentale et a cherché à se donner la mort en avalant une substance toxique; une sœur se montre d'un caractère violent, elle insulte son mari et jure sans motifs. Deux ou trois mois avant l'époque où elle fut soumise à notre examen, la femme C... paraissait déprimée, quittait son domicile sans manger, passait les nuits hors de chez elle, et on a dû la chercher à diverses reprises. Elle parlait souvent seule. Elle s'est mariée en secondes noces avec un veuf et a eu un procès avec le fils de son second mari; elle a perdu son procès et paraît depuis ce temps avoir commis des excès alcooliques. Depuis huit ou dix mois, elle était brouillée avec son mari, qui est beaucoup plus âgé qu'elle et elle avait commencé à faire des excentricités dans le village. Elle aurait même fait une tentative de suicide en se jetant dans un puits. Elle manifestait en même temps des idées exagérées de dévotion, fréquentant beaucoup l'église, y portant des cierges et y faisant parfois des dépenses de bougies peu en rapport avec sa situation. Des injures grossières étaient adressées par elle au maire du pays et à ces injures était joint le reproche d'avoir fait de faux billets.

Le 27 juin 1880, un commencement d'incendie éclata chez elle. Lorsqu'on voulut porter des secours, elle refusa de laisser entrer et on fut dans la nécessité d'enfoncer la porte. Les explications qu'elle donna furent les suivantes :

« Ce n'est pas moi qui ai mis le feu, ou du moins je l'ai » fait sans le vouloir. J'avais mis ce fagot d'épines dans la » cheminée pour que personne n'y passe pour venir chez » moi, mais on est allé y jeter du vitriol, et lorsque j'ai » fait du feu dans la cheminée, le feu s'y est communiqué » aussitôt. Alors je l'ai retiré pour l'éteindre, et je n'avais » pas assez d'eau. Si j'ai refusé ma porte, c'est parce je sais » que tous ces gens-là ne me veulent que du mal et cela » ne les regardait pas. » Dans plusieurs lettres écrites par elle, et jointes aux diverses pièces du dossier judiciaire, elle s'est plainte vivement de celui qui a toujours été porté à faire des menaces contre une pauvre femme, depuis qu'il (le maire du pays) a été élu par des procédés peu avouables et pour son mal. Elle se serait déjà vengée volontiers. Il redouble ses menaces et cherche à la faire périr elle et sa fille : elle est calomniée, et pourtant, Dieu l'a choisie pour faire triompher la France. On l'aurait fait périr si Dieu n'était venu son à secours. Elle parlait en même temps d'apparitions qu'elle aurait eues et ajoutait qu'elle avait été revêtue de la robe d'innocence. L'examen direct n'a fait que confirmer à nos yeux l'existence du délire des persécutions fondé sur des hallucinations.

Il n'était pas dans notre rôle d'apprécier la gravité des faits pour lesquels elle était poursuivie et dont nous n'hésitions pas à la déclarer irresponsable; mais nous avons pensé qu'il était imprudent d'attendre qu'elle eût commis des actes plus graves et qu'elle eût causé un malheur irréparable pour prendre des mesures à son égard, et nous avons émis l'avis qu'elle devait être traitée comme une aliénée dangereuse.

Nos conclusions ont été les suivantes :

« 1^o La nommée B..., femme C..., est atteinte d'aliénation » mentale. »

2^o Elle est affectée de lypémanie avec idées de persécu-

» tion basées sur des hallucinations et des illusions. des
» sens.

» 3° Elle n'est pas responsable des actes qu'elle a com-
» mis sous l'influence de son délire.

» Elle doit être considérée comme dangereuse pour l'or-
» dre public et la sécurité des personnes et mise à la dis-
» position de l'administration pour être séquestrée dans
» un établissement d'aliénés. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu fut rendue et la malade fut maintenue d'office à l'asile par arrêté préfectoral; son état mental ne s'est pas sensiblement modifié. Elle est atteinte de lypémanie chronique, s'excite parfois contre ses prétendus persécuteurs et elle manifeste toujours le même délire.

Le nommé T..., examiné par M. le D^r Mordret, au Mans, était poursuivi non seulement sous l'inculpation d'incendie volontaire, mais encore, d'actes divers tombant sous le coup de la loi. Voici d'ailleurs l'exposé de l'affaire, tel que nous le lisons dans le rapport médico-légal :

« Les faits sur lesquels repose la prévention, tous avoués
» par T..., sont les suivants :

» 1° Vol d'un sac à plâtre dans la nuit du 3 au 4 octobre
» 1887...

» 2° Tentative d'incendie durant la même nuit suivie de
» vol et de bris de clôture.

» 3° Vol d'un marteau de maçon dans une caserne en
» construction, toujours durant la même nuit.

» 4° Dévastations commises dans des jardins et dans la
» campagne pendant la journée du 4.

» 5° Tentative de vol et de bris de clôture chez un hor-
» loger le même jour, vers neuf heures et demie du soir.

» 6° Escalade de nuit et bris de monuments funèbres
» dans le cimetière de Saint-Favien dans la nuit du 4 au 5.

» 7^o Tentative d'incendie d'une barge de foin durant la même nuit.

» 8^o Incendie d'une barge de paille et d'un amas de fagots durant la même nuit.

» 9^o Outrages à un ministre du culte dans une église et pendant qu'il célébrait la messe le 5 au matin.

» Il semble *a priori* que l'homme qui, dans l'espace de deux jours, commet des délits aussi nombreux et aussi disparates, doit être un fou. Aussi M. le juge d'instruction a-t-il cru devoir faire procéder à l'examen de l'état mental de l'accusé. »

T... était âgé de vingt-trois ans, mais portait plus que son âge. Il était d'une taille au-dessous de la moyenne, rachitique et bossu, tout en présentant les apparences de la santé, ayant des membres bien conformés et paraissant agile. Les traits du visage n'avaient rien de très accentué, mais l'ensemble en était désagréable, l'expression de la physionomie disait peu de choses au repos, mais devenait sardonique quand T... s'animait. Son existence antérieure paraît n'avoir été qu'une longue suite de méfaits, et, dit le rapport, « il met un tel cynisme, une telle forfanterie à raconter lui-même les turpitudes de sa vie qu'on se demande s'il faut ajouter foi à des détails dont l'odieux dépasse parfois ce qu'on peut écrire. »

Enfant naturel, T... n'a connu ni son père ni sa mère, morte folle à l'asile du Mans. Il fut élevé par sa grand-mère, mais dès six à sept ans, il était vagabond, volant des poules et des oies pour se procurer de l'argent. Il a cependant été à l'école et, vers treize ans, a été mis en apprentissage chez un filassier. A quinze ans, il est devenu domestique, mais se fit renvoyer de plusieurs maisons et à cette époque il avait commis de nombreux vols et menacé de mort sa grand-mère. Une fois même il a tenté de la brûler en mettant le feu à sa paillasse pendant la nuit. La grand-mère se réveilla à temps pour appeler au secours et l'incendie fut

éteint. Elle ne dénonça pas le coupable, laissant croire à un accident. Il s'est vanté d'avoir cherché à faire dérailler les trains en mettant des pierres sur les rails, dans le but de faire tort aux riches et au gouvernement. Pendant la guerre, il aurait dévalisé des cadavres et aurait servi d'espion aux Prussiens. Il vécut ensuite de rapines et de vagabondage, et aurait commis sur des jeunes filles plusieurs viols. En 1873, il subit une première condamnation à un an de prison pour vol; à peine libéré, il se fit condamner de nouveau pour bris de clôture et, ayant insulté le tribunal (demandant au brigadier, après la lecture de l'arrêt, son sabre pour couper la tête à toutes les canailles de juges), sa peine fut portée à deux ans et un mois de réclusion. En sortant de la maison centrale où il se serait montré fort indiscipliné, il s'associa avec un individu dont il fit la rencontre, et se mit à voyager, mendiant et volant. Tous deux furent condamnés à plusieurs mois de prison et, aussitôt libérés, firent de nouveaux complots; mais T..., un jour d'ivresse, fut volé lui-même par son compagnon et, dénué de ressources, il demanda et obtint son admission dans un dépôt de mendicité. Le régime ne lui plaisant pas, il inventa, a-t-il dit, pour sortir, de simuler des habitudes de pédérastie et il fut renvoyé. Deux jours plus tard, il était arrêté sous l'inculpation des neuf délits déjà relatés. Son but était de voler et d'assouvir ses instincts de destruction, pour faire du tort à ceux qui possèdent. Un si grand nombre de délits, accumulés dans un délai si court, inspirèrent des doutes sur son état mental.

Placé en observation à l'asile du Mans, T... se montra d'abord tranquille, ne fit rien de déraisonnable, rendit même quelques petits services aux infirmiers, mais refusa tout travail suivi et sérieux; quinze jours après son entrée, il se plaignait de n'avoir pas dormi, dit qu'il souffrait de démangeaisons, accusant le médecin de lui avoir fait un tour, et à la visite, il se plaignit « d'être tout couvert de

« poux qu'on lui avait envoyés. » Une douche lui fut prescrite pour tuer les poux, et il s'empessa d'avouer qu'il avait voulu tromper, demandant pardon de sa simulation. On ne constata plus aucun délire ; toutefois il observait les autres malades, disant à un infirmier qui avait sa confiance, qu'il ne chercherait plus à faire le fou à l'asile, mais au tribunal il ferait comme tel ou tel. Il a développé à diverses reprises les théories les plus révolutionnaires, mais ce fait ne pouvait pas être considéré comme un symptôme de folie. « Ses idées et ses actes, dit M. le docteur Mordret, » sont étudiés, coordonnés et le plus souvent logiques. Il » suit un but dont il ne se cache pas, du reste : vivre largement sans travail et aux dépens de la société, en se » livrant sans retenue à toute la fougue de ses passions. » Pour l'atteindre, il fait le mal sciemment et y déploie » souvent plus d'intelligence qu'il ne lui en faudrait pour se » bien conduire. On ne saurait considérer comme un désordre des facultés intellectuelles certaines paroles, certaines menaces, insensées en elles-mêmes, qui ont pu » lui échapper. Quand il dit, par exemple, que dans quinze » jours il fera sauter une caserne par l'électricité, qu'il » voudrait boire du sang de chrétien, qu'il recevrait » 100.000 fr. pour tuer Mac-Mahon, qu'il remettra » Henri V sur le trône pour le tuer à son tour et recevoir » une autre récompense... je ne puis voir là que des expressions imaginées de voir bouleverser un ordre social » qui contrarie ses desseins. » Discutant les faits, M. le docteur Mordret ne croit pas que le prévenu ait été poussé par une impulsion irrésistible à incendier. T... cherchait à détruire, mais il a avoué qu'il savait choisir son heure pour n'être pas surpris, et aussi qu'il avait pour but de profiter du désordre afin de voler. De telles circonstances excluent l'impulsion irrésistible. On peut invoquer à sa décharge ses antécédents héréditaires, mais il sait qu'il fait le mal, et il en a conscience. Il ne vole pas indistinctement.

ment tous les objets, et il cherche ce qui peut lui servir.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

« 1^o Je crois que T... jouit de ses facultés mentales. . . »

» 2^o Je le crois responsable de ses actes ; cependant il y a
» lieu de lui tenir compte, dans une certaine mesure, des
» prédispositions qui peuvent résulter de l'hérédité (il est
» enfant naturel et sa mère est morte folle peu de temps
» après sa naissance), de la difformité physique qui a pu
» contribuer à aliéner son caractère, et même de sa mau-
» vaise éducation morale qui, loin de rectifier chez lui les
» mauvais instincts, a dû contribuer à les développer.

» 3^o Cet homme s'est évidemment proposé, par les délits
» qu'il a commis ou tenté de commettre depuis sa sortie
» du dépôt de mendicité, d'éviter une nouvelle séquestra-
» tion dans une maison centrale, et de se faire condamner
» à la déportation.

» 4^o T... est et restera un homme dangereux au premier
» chef pour la société. »

L'épilogue de l'affaire est fourni en ces termes par M. le
D^r Mordret :

« La tenue de T... à l'audience a été des plus incon-
» venantes. Il interrompait à chaque instant les témoins,
» le président, le ministère public et jusqu'à son défenseur
» par les réflexions les plus saugrenues et assez souvent
» spirituelles. La cour a exaucé ses vœux. Conformément
» à un verdict de culpabilité sans circonstances atténuan-
» tes rendu par le jury, cet homme a été condamné aux
» travaux forcés à perpétuité et partant à la déportation. »

Ce rapport est intéressant à plusieurs points de vue.
Ceui qui en fait l'objet avait non seulement des tendances
incendiaires, mais il avait pour ainsi dire toujours été en
révolte contre la société, et sa conduite jointe à ses prédis-
positions héréditaires pouvait inspirer des doutes sur l'inté-
grité de ses facultés intellectuelles. On pourrait sans hésiter
le classer dans cette zone neutre, intermédiaire entre le

crime et la folie, dont nous avons parlé dans nos premières revues, mais il appartient à la catégorie de ceux qui se trouvent sur le bord le plus voisin du crime et sont considérés comme responsables de leurs actes.

Si nous résumons brièvement les faits que nous avons analysés, nous arrivons à cette conclusion que l'acte d'incendier, avec le dessein de mettre le feu, est observé dans diverses formes de folie. Ce qui, depuis le travail de Marc, est décrit sous le nom de pyromanie ou folie incendiaire, n'est en réalité qu'une forme de délire des actes ou folie impulsive. Les faibles d'esprit obéissent facilement à l'impulsion de mettre le feu, et les déments, quoique le fait soit plus rare, sont dans le même cas. En ce qui concerne les lypémaniques, l'hallucination joue certainement un grand rôle. Parfois, en dehors de toute intervention médicale, et sans que la folie proprement dite soit invoquée, les tribunaux acquittent les individus inculpés d'incendie volontaire, ou tout au moins admettent une atténuation, lorsque l'acte paraît commis dans des circonstances de nature à enlever une partie de la liberté morale. Nous ne nous arrêterons pas sur les faits de ce genre ; nous en avons mentionné plusieurs à la précédente revue. Mais ce que nous constaterons, c'est que dans toutes les affaires concernant les incendiaires, et dont nous avons présenté l'analyse, les décisions de la justice ont été conformes aux conclusions des médecins experts.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1884

Présidence de M. Luys.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. le PRÉSIDENT annonce à la Société la mort d'un de ses membres, le D^r Linas.

M. MOTET donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société sur la tombe de notre regretté confrère (Voir *Annales médico-psychologiques*, numéro de janvier 1882, p. 168). M. le D^r Régis a publié également un article nécrologique dans le numéro du 28 novembre 1884, de la *Gazette médicale de Paris*.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance comprend une lettre du D^r Virgilio, médecin du manicomio d'Aversa, à Naples, demandant le titre de membre associé étranger.

M. A. VOISIN offre à la Société un mémoire intitulé : *La mélancolie dans ses rapports avec la paralysie générale*, mémoire qui, en 1875, a eu le prix Lefèvre, à l'Académie de médecine; *Observations d'hystérie avec hallucinations psychiques*; *Leçons sur l'idiotie*, professées à la Salpêtrière, 1881; *Traitement de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine*.

M. RATTI présente les articles *Gâteux* et *Sitiophobie* parus dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait part des lettres de remerciements adressées par les membres élus à la dernière séance : MM. Crichton Browne, Savage, Gasquet, Clouston, Wood, Orange, Nicolson, Rayner, Rutherford, Shaw.

La correspondance imprimée comprend :

Rapport sur les spécialités pharmaceutiques, fait à la Société médicale du 9^e arrondissement, par le D^r Mathelin.

Bolletino del manicomio privato Fleurent a Capodichino in Napoli, 4^{er} novembre 1881.

La Razon de la sin razon, 4^{er} novembre 1881.

L'Art lentaire.

Rapport de candidature.

Sur la candidature du D^r Virgilio, M. MOTET fait un rapport oral dont les conclusions sont adoptées et M. Virgilio est, à l'unanimité des membres présents, élu membre associé étranger.

Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite).

M. CHRISTIAN. — Messieurs, je ne m'attendais pas à prendre la parole aujourd'hui sur ce grave sujet. J'aurais voulu rester sous le charme de la communication si intéressante que notre excellent confrère M. Motet nous a rapportée d'Angleterre, bien que je ne pusse me rallier à toutes ses conclusions. Mais puisque notre secrétaire général a mis mon nom à l'ordre du jour, force m'est de développer en quelques mots les objections qui me sont venues à l'esprit.

Et ici, messieurs, je me trouve dans un grand embarras. La question qui vient d'être soulevée n'est pas nouvelle; vous l'avez longuement discutée dans vos séances en 1869; elle a occupé le congrès en 1878. Que pourrais-je ajouter aux considérations qu'on a développées devant vous? Tout a été dit, et beaucoup mieux que je ne saurais le faire. Il n'est aucun des arguments que je pourrais faire valoir qui n'ait été mis en lumière par M. Falret dans sa magistrale communication.

Et cependant, puisque l'occasion s'en présente, permettez-moi de vous dire que je ne suis pas convaincu, et que l'exemple de Broadmoor me paraît être la preuve la plus éclatante de l'inutilité du système qui a prévalu en Angleterre et que l'on voudrait voir introduit en France; système qui consisterait à créer des asiles spéciaux pour les *aliénés criminels*.

Tout d'abord, qu'est-ce qu'un *aliéné criminel*? Ces deux mots hurlent de se trouver ensemble. « Il n'y a ni crime, » ni délit; dit notre code (code pénal, art. 64), lorsque le » prévenu était en état de démence, au temps de l'action. »

Il est donc évident qu'un aliéné, qui, poussé par son délire, commet un acte réputé crime, ne saurait en aucune façon être considéré comme un criminel. C'est un malade, rien qu'un malade; malade dangereux, si vous voulez, qu'il convient de surveiller de près pour l'empêcher de recommencer. Or, presque tous les aliénés en sont là; presque tous, sinon tous, peuvent être dangereux et devenir criminels à un moment donné. Pourquoi? Parce qu'ils n'ont plus la notion du bien et du mal; qu'ils n'obéissent qu'à leurs instincts et à leurs impulsions; qu'ils sont incapables de considérer les conséquences éloignées de leurs actes. Ils ont tous, pour employer une expression chère à Renaudin, la *virtualité criminelle*. Et si l'on veut mettre à part, dans un asile spécial, les aliénés qui sont allés jusqu'à la réalisation des actes dont ils sont tous capables, je ne vois pas où vous vous arrêterez. Vous enfermerez dans votre asile spécial et les paralytiques qui, au début de leur maladie, ont commis des vols, des attentats à la pudeur; les épileptiques qui, à la suite de leurs attaques, ont eu des accès de fureur; les imbéciles qui ont incendié; les maniaques qui, dans leurs accès, ont tout brisé et tout saccagé; les persécutés; — en vérité, je ne vois pas qui vous pourriez éliminer.

Il y a une autre catégorie d'aliénés, dits *criminels*. Ce sont les individus qui, ayant été condamnés pour un crime dont ils ont été reconnus responsables, deviennent aliénés pendant qu'ils subissent leur peine. Je laisse de côté ceux qui étaient réellement aliénés au moment du crime, mais dont la folie n'avait pas été reconnue; je me borne à ceux qui rentrent bien évidemment dans la catégorie que j'indique.

Mais alors, je vous demande en quoi ces aliénés diffèrent des autres? Supposez-vous qu'ils conservent dans leur folie les instincts pervers qui les ont rendus criminels? Je ne dis pas que cela soit impossible, mais avouez que le fait, s'il existe, est des plus rares. Nous savons que la folie a précisément pour caractère de changer complètement la manière d'être habituelle de l'individu. Nous voyons journellement des hommes qui, jusque-là, ont donné l'exemple d'une vie irréprochable, s'abandonner d'une manière irrésistible aux tendances les plus fâcheuses, pour peu que la folie se soit emparée d'eux. Et ces jeunes filles, absolument chastes, qui, tout d'un coup, sous l'influence d'un

accès de manie, se livrent à un dévergondage de paroles et d'actions que vous ne trouveriez pas, même chez une fille publique!

Vous ne pouvez donc jamais préjuger avec certitude de ce que sera un aliéné d'après son passé *raisonnable*. Et tout aussi bien que l'homme vertueux se changera en monstre, vous pouvez voir le criminel le plus endurci se transformer en aliéné parfaitement doux, absolument inoffensif.

L'expérience prouve qu'il n'y a pas de signe auquel on puisse reconnaître un aliéné criminel. J'avais à Maréville un malade qui y était retenu depuis plusieurs années; c'était un homme doux, à l'air paternel, poli, obséquieux; on l'occupait à la menuiserie, et jamais on n'avait eu le moindre reproche à lui faire. Cependant cet homme avait, dans un accès de délire religieux, froidement égorgé sa fille.

J'ai actuellement dans mon service, à Charenton, huit malades qui, tous, ont dans leur passé un meurtre ou une tentative de meurtre; or, je défie le physionomiste le plus exercé de trouver dans leur manière d'être, quelque chose, si peu que ce soit, qui puisse les faire distinguer au milieu de leurs compagnons.

Aussi, quand vous nous dites que l'asile de Broadmoor est un asile admirablement tenu, je n'en suis nullement étonné. Comment en serait-il autrement? C'est un asile comme tous les autres; les aliénés qu'il renferme ressemblent à tous nos aliénés. Ajoutez qu'il est dirigé par des médecins expérimentés et qu'il dispose de ressources considérables. Il y a plus, et M. Motet a, je crois, oublié de nous le dire, dans cet asile fleurit le *non-restraint*! (*Hake-Tuke, Congrès international, 1880, p. 37*). En faut-il davantage pour prouver qu'il est inutile?

Et, messieurs, il n'y a rien là qui puisse étonner. Parcourez les statistiques de Broadmoor, et vous admirerez combien il a fallu s'ingénier pour trouver de quoi peupler cet asile.

Je prends les chiffres que M. Motet a reproduits dans sa communication. Dans son premier tableau (p. 441), je trouve que sur 49 aliénés criminels, 13 sont des voleurs! — Plus loin (*ibid.*), je vois notés des crimes tels que voies de fait, — outrages à la morale publique par voie de la presse! — tentative de suicide!

Dans la grande statistique qui comprend 412 aliénés (p. 442), je remarque qu'on signale des voies de fait, — crimes contrenature, — vols, et jusqu'à des vols d'objets de peu de valeur (ne dépassant pas 12 pence), — dommages causés avec préméditation, envoi de lettres contenant des menaces, tentative de suicide, etc.

N'étais-je pas en droit de dire, en commençant, que, si vous admettez des aliénés criminels, vous ne saurez plus où vous arrêter?

Je n'insiste pas, et je passe à une dernière considération, celle du sentiment.

« Mélanger, dit-on, avec les aliénés ordinaires, des individus ayant commis les crimes les plus atroces, c'est blesser profondément les sentiments les plus honorables des familles et des aliénés eux-mêmes, qui, n'ayant pas commis de crimes semblables, peuvent être impressionnés péniblement, et d'une façon souvent nuisible pour leur guérison, par ce contact repoussant avec des individus qui ont soulevé l'indignation publique. » (Falret, *Des aliénés dangereux et des asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels*. Paris, 1869, p. 44.)

Si cette opinion existait réellement, il faudrait la considérer comme un préjugé fâcheux, contre lequel il serait de notre devoir de lutter de toutes nos forces, bien loin de l'encourager; mais il faudrait d'abord démontrer que le préjugé existe, et pour cela, il faudrait prouver que les aliénés conservent dans leur délire, les idées, les opinions, les principes, vrais ou faux, qui sont l'apanage des gens raisonnables; ce qui est contraire à ce que nous observons journellement. Et quant aux familles, je puis affirmer que je n'ai jamais constaté aucun des scrupules qu'on leur prête bénévolement. Les familles sentent d'instinct que leur malade aurait pu, lui aussi, commettre un crime ou un délit; elles savent que, s'il n'est pas allé jusqu'à l'acte, c'est par suite de circonstances indépendantes de sa volonté, et elles deviennent indulgentes pour ceux qui, moins bien surveillés, ont pu devenir criminels. Dans tous les asiles que je connais, il y a, en plus ou moins grand nombre, des aliénés ayant commis quelque crime; jamais je n'ai entendu aucune famille se plaindre que son malade fût placé sous le même toit. Quelques-uns avaient d'abord séjourné, pendant un

temps plus ou moins long, dans des maisons de santé privées ; en est-il jamais résulté aucune difficulté ?

Vous le voyez, messieurs, je me suis borné à traiter la question à son point de vue le plus général. Je crois que ni en fait, ni en théorie, rien n'autorise à créer une catégorie spéciale d'aliénés dits criminels, et il me paraît absolument illogique de demander pour eux la création d'asiles spéciaux. Tous les aliénés, quels qu'ils soient, peuvent trouver place dans nos asiles, tels qu'ils existent, et c'est au médecin seul qu'il appartient de déterminer les soins et la surveillance nécessaires à chacun.

Il est une autre côté de la question, bien autrement important au point de vue médical et au point de vue social, sur lequel je vous demande la permission de m'arrêter.

Un aliéné a commis un crime ; il est reconnu qu'il est irresponsable, et aucun châtiment ne saurait l'atteindre. L'autorité administrative le place dans un asile d'aliénés.

Dix ans se passent. Le malade est parfaitement calme, parfaitement inoffensif. Pendant tout le temps de son séjour à l'asile, aucun reproche n'a pu lui être adressé. Lui-même et sa famille réclament sa mise en liberté. Que faut-il faire ? Remarquez que chaque jour nous sommes en présence de difficultés de ce genre.

D'une part, vous vous dites, — je vous demande pardon de vous attribuer les doutes, les scrupules, les perplexités qui m'ont assailli chaque fois que le cas s'est présenté pour moi, — vous vous dites : Voilà un malade qui, depuis que je l'observe, est absolument calme ; du délire qui a motivé son crime, il ne reste plus trace ; de quel droit le maintenir séquestré ? Il a été malade, cela est vrai, mais il est guéri. Et pourquoi ne guérirait-on pas aussi bien d'un accès de fureur homicide que d'un accès de fièvre ou d'une bronchite ? Assez d'exemples sont là pour prouver qu'une guérison définitive a pu survenir dans des cas tout aussi graves. Voyez le sergent Bertrand, et tant d'autres que vous connaissez tous ! — Mais en même temps une autre voix ne vient-elle pas vous dire : Voilà un aliéné qui, sous l'influence de son délire, a commis un crime épouvantable. Il est guéri, je le crois, il ne reste plus aucune trace de son aliénation mentale, j'en ai la conviction. Mais n'est-il pas à craindre qu'une fois en liberté, rendu à ses habitudes, replacé dans le milieu où il est devenu malade une première fois, n'est-

il pas à craindre que son délire ne reparaisse, et avec les mêmes formes? Son cerveau a subi une première atteinte; il est resté sa partie faible, c'est lui que les causes morbifiques atteindront de préférence, et si le mal reparait, ne se traduira-t-il pas par les mêmes impulsions dangereuses?

Et ici, messieurs, les exemples abondent. M. Dagonet a rapporté, dans sa communication faite au congrès, l'histoire lamentable d'un aliéné que j'ai bien connu. En 1846, il avait tué à coups de hache sa femme et trois de ses enfants. Jusqu'en 1874, il avait été maintenu à l'asile de Stephansfeld, et pendant ce long intervalle il n'avait jamais, à aucun moment, donné aucun signe de folie. Lors de l'annexion de l'Alsace à la Prusse, la sortie du malade fut décidée; il se remaria avec une femme beaucoup plus jeune que lui, et, fait remarquable, quelques mois après, sous l'influence d'un même état d'aliénation, il tua, à coups de hache, sa femme et l'enfant qu'elle venait de mettre au monde. Aussitôt après le crime, il alla se pendre. (*Congrès*, p. 32.)

Dans l'étude si intéressante de médecine légale que M. le Dr Baume a publiée dans les derniers numéros des *Annales* (sept. et nov. 1881), notre confrère cite deux faits (*obs.* 6 et 9) tout à fait semblables. Je pourrais en ajouter beaucoup d'autres; je me bornerai aux deux suivants :

On m'amène à Maréville, dans le courant de 1876, un jeune ouvrier mineur de la Haute-Saône, qu'on avait dû séquestrer d'office, mais sur lequel on ne me fournit aucun renseignement. Il était pâle, anémié, affaibli, plongé dans la tristesse, peu communicatif. Cependant son état s'améliora rapidement, et après l'avoir gardé en observation pendant deux à trois mois, ne trouvant chez lui aucun signe de délire, je le renvoyai guéri. Moins d'un an après, il me revint, et cette fois avec un dossier complet. La première séquestration, — je l'appris seulement alors, — avait été motivée par une tentative de meurtre que X..., dans un accès de fureur subite, avait commise sur sa tante : la pauvre femme avait été grièvement blessée. Un crime semblable avait motivé la seconde séquestration : après un an de calme, il avait eu un nouvel accès de fureur, et il avait donné des coups de couteau à son frère et à deux de ses parents. L'alcool ne pouvait être invoqué. S'agissait-il d'un épileptique? Je ne fus jamais bien fixé sur la nature exacte de la maladie.

mentale ; mais je me gardais soigneusement de provoquer une nouvelle sortie, quoique le malade fût aussi calme et aussi inoffensif que lors de son premier séjour.

Voici un autre fait : un ouvrier ferblantier s'imagine qu'on l'a frustré d'un héritage ; il accuse un notaire, avec lequel il n'a jamais eu de rapports d'aucune sorte, et, un soir, embusqué au coin d'une rue, il lance au visage de sa victime un flacon d'acide nitrique. Les blessures heureusement furent peu graves. F... fut arrêté, considéré comme aliéné, et placé à Stephansfeld. Quelques mois se passent ; le malade se calme, il s'occupe, il fait les promesses les plus formelles de ne plus retourner dans la ville qu'il avait habitée, et on le met en liberté. Il ne s'était pas écoulé deux mois depuis sa sortie que nous lisions dans les journaux le récit d'une nouvelle agression, absolument semblable à la première, et dont le malheureux notaire avait encore une fois été la victime. Cette fois, le tribunal ne voulut plus admettre l'excuse de folie et condamna F... à la prison.

Je trouve, messieurs, que ces faits comportent avec eux un sérieux enseignement ; c'est une détermination très grave que celle qui consiste à rendre la liberté à un aliéné qui s'est rendu coupable d'un crime. En théorie rien n'est plus simple ; il a été malade, il est guéri, donc il faut le faire sortir. Je voudrais que la question fût posée autrement : je voudrais que l'on fit un peu plus abstraction du coupable et que l'on se préoccupât davantage de la victime et des intérêts de la société. Je dirais volontiers à l'aliéné homicide : « Vous avez commis, sous l'influence de votre délire, un » crime épouvantable ; nous n'avons pas le droit de vous en » demander compte et nous ne vous punirons pas. Seulement, » comme rien au monde ne nous garantit que vous » n'aurez pas de rechute, et que vous ne recommencerez » pas, trouvez bon que nous vous tenions enfermé pour le » restant de vos jours. Nous vous rendrons la vie aussi » douce que possible, mais nous ne vous donnerons plus » une liberté dont vous avez déjà fait un mauvais usage, et » dont vous pourriez abuser de nouveau. »

Voilà, messieurs, comment je comprends la question des aliénés criminels et voilà la solution que j'aimerais à voir prévaloir. Pour l'application d'une loi semblable, il n'y aurait nul besoin d'asiles spéciaux ; ceux que nous avons suffiraient,

Mais je crains fort que mon idée n'ait aucune chance d'être accueillie favorablement. Au milieu des idées philanthropiques et humanitaires dont notre société est inondée, — et dont je suis loin de méconnaître le mérite, — alors que chaque jour on conteste à la société le droit même de punir, — alors que sur les coupables de toute espèce on verse de tels trésors d'indulgence et de pitié qu'il en reste à peine pour les victimes, une mesure tyrannique comme celle que je propose est fort mal venue.

On lui reprochera d'être antiscientifique ; — de ne pas tenir compte de la guérison possible de certaines formes de folie ; — d'être contraire à la liberté individuelle, mot sonore dont on abuse si étrangement quand on attaque la loi de 1838. Et je pourrais m'estimer heureux si, rejetant la solution radicale que je propose, on consentait du moins à entourer la sortie de malades semblables de garanties spéciales, qu'il s'agirait de déterminer.

Pourtant, si vous allez au fond de ma pensée, vous verrez, et c'est là mon excuse, qu'elle suppose simplement que la société, ayant, je ne dis pas le droit, mais l'impérieux devoir de se défendre, de se protéger, de se garantir, — il s'ensuit qu'en toute circonstance, l'intérêt de l'individu doit être subordonné à celui de la société.

Etant donné un mal réel dans le passé, un mal possible dans l'avenir, il faut, avant tout, s'occuper de l'avenir, et ne reculer devant aucune mesure pour le sauvegarder.

M. MOTET. — Messieurs, l'argumentation pressante de M. Christian non seulement ne change rien à mes convictions, mais elle les fortifierait encore si cela était possible. Avec lui, je ne fais nulle difficulté d'admettre qu'au point de vue clinique, il peut bien ne pas y avoir de différence entre un aliéné qui a commis un fait qualifié crime, et un autre aliéné présentant la même forme de maladie mentale et qui n'aura jamais été ni homicide, ni voleur, ni incendiaire.

Mais ce n'est pas là la question tout entière, il me semble que le côté social du problème n'est pas posé, et que c'est à tort qu'on le néglige aussi complètement.

Je suis d'avis que tout homme, sain d'esprit ou malade, qui commet une offense (je retiens le terme en usage en Angleterre) aux lois de son pays, doit en rendre compte devant la justice. C'est à elle qu'il appartient de statuer, et je ne voudrais pas qu'il suffît de déclarer l'aliéné irres-

pensable pour que désormais il rentrât dans la catégorie des aliénés ordinaires.

Ai-je besoin, messieurs, de vous signaler tous les inconvénients, tous les dangers de cette manière de faire ? Qui de vous ne retrouverait pas dans ses souvenirs des faits de rechute entraînant les plus redoutables conséquences, à la suite de sorties d'aliénés qui antérieurement avaient commis des actes de violence, et qui les ont répétés dans des conditions toutes semblables quand on leur a rendu la liberté ? Et c'est précisément parce que les asiles reçoivent aujourd'hui plus de malades, que l'on est plus disposé à faciliter les sorties ; que, pressé par les exigences budgétaires, le médecin cède plus vite aux sollicitations du conseil général du département, du préfet. Je demande que les médecins d'asiles soient exonérés d'une lourde responsabilité, qu'on ne leur envoie plus, la plupart du temps sans renseignements, compris dans ces convois de malades qui pour Paris, entre autres, se multiplient, des aliénés dont ils ignorent les antécédents, et qui ont été placés soit à la suite d'une ordonnance de non-lieu, soit même d'un acquittement, après un fait qualifié crime.

Je crois sincèrement qu'il y aurait un grand avantage à ce que ces aliénés, dits criminels, fussent maintenus dans un asile spécial, appartenant à l'Etat, entretenu par l'Etat.

Dans les tableaux que j'ai donnés, M. Christian relève des délits de bien peu d'importance, il est vrai, et qui ne sembleraient pas justifier un mode d'internement spécial. Son observation est juste, mais cependant elle n'a pas toute la valeur qu'il suppose. Dans l'asile de Broadmoor, il y a deux catégories d'aliénés : l'une est constituée par les aliénés dits criminels, qui au cours de l'instruction, du procès, ont été reconnus non coupables comme étant atteints d'aliénation mentale au moment où ils ont commis le fait qualifié crime : ils sont envoyés directement à Broadmoor. La seconde est composée de condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine.

C'est parmi ces derniers que se rencontrent les individus ayant commis des délits de peu d'importance, et qui ont été transférés de la prison où ils sont devenus aliénés, à Broadmoor où on les soigne. Cette catégorie tend à devenir de moins en moins nombreuse depuis l'installation, comme

annexe à la prison de Woking, d'un quartier semblable à celui que les inspecteurs généraux du service des aliénés en France ont créé à la maison centrale de Gaillon.

Il est un autre point sur lequel je ne saurais être de l'avis de M. Christian ; il propose, car il a trop d'expérience, trop de prudence, pour ne pas se tenir en garde contre ces aliénés, de les maintenir étroitement, et de se servir de la loi telle qu'elle est faite pour prolonger leur internement. Et jusqu'où va M. Christian ? Jusqu'à dire à ces aliénés : « Vous avez commis un acte qualifié crime par la loi ; la société ne vous en a pas demandé compte, parce que vous étiez un malade au moment où vous l'avez commis ; mais nous ne vous rendrons pas la liberté dont vous avez fait un mauvais usage, dont vous ne sauriez pas user encore. » Je ne demande rien de plus, seulement je demande que cette séquestration ne soit pas prolongée dans les asiles ordinaires, qu'elle ait lieu dans un asile spécial, et que la situation de ces aliénés dits criminels soit réglée par une loi, comme cela existe en Angleterre.

Est-ce à dire, messieurs, que je repousse toute idée de guérison ? Telle n'a jamais été ma pensée. Mais je demande que la sortie soit entourée de toutes les précautions possibles, que le médecin ait le droit de la proposer quand il est convaincu que la guérison est certaine et durable, mais qu'il ne soit pas seul à ordonner la sortie. Je ne crois pas qu'il y ait là rien qui porte atteinte à son autorité, à sa dignité. C'est sa responsabilité que je voudrais dégager.

M. DELASIAUVE. — Une sorte d'émotion s'est continuée au début de la communication de M. Christian. Peut-être n'ai-je pas exactement saisi les distinctions qu'il a faites. Il me semble, du moins, s'être tenu en dehors des préoccupations du plus grand nombre des aliénistes. Pour eux, si je ne me trompe, la question de séparation, d'asiles à part, est née surtout d'une prévention morale. Qu'un aliéné devienne dangereux, commette des actes fâcheux, tout le monde y est exposé : malheur n'est pas crime. Mais qu'a-t-on entendu par aliénés criminels ? En réalité, les termes sont incorrects et, pour répondre à la pensée générale, c'est *criminels aliénés* qu'il aurait fallu dire. L'opinion distingue, en effet, le condamné que peut atteindre la folie, de l'infortuné qui, dans l'égarement de sa raison, réalise de douloureuses catastrophes, et l'on s'offense de les voir confondus dans

une promiscuité blessante. M. Dagrón, entre autres, voudrait qu'à l'instar de Broadmoor, on eût des établissements distincts pour les *aliénés honnêtes* et ceux *judiciairement condamnés*. L'annexe de Gailhon est un commencement de satisfaction à cet égard.

Reconnaissons, toutefois, que le champ de la discussion s'est singulièrement élargi. L'appropriation spécialement destinée à telles ou telles catégories de réputés dangereux s'est doublée de cet autre problème: en cas de guérison, réelle ou apparente, leur mise en liberté. Ceux-ci sont pour, ceux-là contre. Il y a des avis intermédiaires. Pour nous, il n'y a point de principes absolus. Les cas varient comme les individus, et c'est en vertu de certaines données générales, d'après l'ensemble des conditions particulières à chacun, que doivent se fixer les déterminations.

Au point de vue des susceptibilités morales, ici prédominantes, les condamnés ultérieurement devenus fous s'offrent bien les premiers à la pensée. En ce qui les concerne, la difficulté me semble dès à présent résolue. Quelques salles ou cellules dans un endroit retiré des prisons suffiraient pour les cas légers, tandis que, pour les cas graves et durables, on disposerait, selon les besoins, des quartiers annexes dans les maisons centrales, où seraient réunis les malades des ressorts respectifs.

La réintégration après guérison irait de soi, quitte à remplacement dans les récidives. Rien de plus simple, si la peine était perpétuelle. Mais la plupart des condamnations sont à temps. S'ensuivrait-il ou non quelques modifications dans la position des détenus? Leur dette acquittée, rentrant dans le droit commun, s'ils étaient jugés guéris, les rendrait-on à la liberté, ou, la folie continuant, les transférerait-on, *ipso facto*, dans un asile ordinaire?

Toute naturelle qu'elle paraisse, la solution fait naître certaines considérations. La famille ayant recouvré ses droits, son intervention ne serait-elle pas nécessaire? De la part des tribunaux, n'y aurait-il pas convenance de provoquer une enquête médicale sur le caractère plus ou moins dangereux du trouble mental, sur sa curabilité possible ou ses chances de récurrence, enfin sur le meilleur parti à suivre? Si, d'ailleurs, on érigeait ces asiles dont les imaginations sont actuellement saisies, les libérés des prisons et des bagnes demeurant dans la folie ou y retombant, en

seraient-ils forcément tributaires? Confondrait-on les délits avec les crimes, les impulsions violentes avec les démenées inoffensives? Peut-être la loi, sous ces divers rapports, aurait-elle à édicter quelque sage garantie.

La justice absout, l'administration place d'office des individus qui, sous l'empire d'un désordre psychique notoire ou analytiquement constaté par l'expertise médicale, ont commis des actes répréhensibles. Ce sont là les vrais *aliénés criminels*, sans l'être toutefois. Déroger pour eux, les exclure des asiles communs, serait-il équitable? Quels de ceux qu'on place bénévolement dans ces derniers asiles n'ont pas à leur actif, ou ne sont pas exposés à perpétrer des écarts aussi fâcheux? Nombre de ceux-ci dans nos maisons sont plus incoercibles et plus violents que les autres. Nul doute que, non opportunément séquestrés, ils n'eussent bientôt dû l'être pour d'inévitables méfaits.

Nous retombons ainsi dans la catégorie des aliénés indisciplinés et dangereux. Exempts de culpabilité, leur contact n'a rien d'offensant. Les mesures envers eux ne peuvent avoir et n'ont d'autre but que la préservation d'autrui et la leur propre. A Bicêtre, il y a un quartier dit de sûreté, qui reçoit les malades des prisons et les incoercibles ou dangereux que les médecins des sections y envoient momentanément. Que le voisinage, même la promiscuité dans les préaux causent une désagréable impression, nous l'avons souvent ressentie. On y obvierait ou par des compartiments séparés ou, comme à Gaillon, par des annexes aux maisons pénitenciaires.

M. Motet nous a appris *de visu* ce qu'est Broadmoor. Son organisation réalise-t-elle les *desiderata* d'une conception bien délimitée? Nous en doutons, au vague même de la discussion soulevée. Il y a surtout dans les esprits une préoccupation dominante. Comme il y a une vingtaine d'années, l'objectif nous reporte aux aliénés dangereux et aux sorties que peuvent motiver leurs guérisons apparentes. Ce litige est épineux, on l'a vu. Au milieu des opinions divergentes se trahit une perplexité, qui n'a que trop sa raison d'être.

En principe, l'incurabilité ne se décrète pas. De ce qu'un meurtre, un incendie, un vol auront été commis dans un moment de folie, ce n'est pas une raison pour que cette folie persiste ou que ces actes se renouvellent. Puis les tendances ont des caractères mobiles et des intensités diverses.

Tels ont cédé à une sorte d'hébétude inconsciente, de fortuité automatique ; d'autres subissent la tyrannie d'une impulsion volontaire et impérieuse. Que de nuances sous le rapport des antécédents, des causes, de la marche, etc. Nous avons toujours cru, pour notre part, qu'on ne saurait établir une règle immuable sauf celle-ci : avant tout, s'entourer de toutes les lumières possibles et notamment, dans les cas graves, pour le maintien comme pour la sortie, introduire l'innovation d'une enquête médicale.

Un mot sur les droits du préfet. Le certificat de sortie délivré par le médecin entraîne la mise en liberté dans les 24 heures, à moins que le préfet n'ait des motifs spéciaux de faire opposition. De son côté, mis en demeure de signer un certificat de sortie, le médecin peut ne pas en reconnaître l'opportunité ou présenter ses réserves, quitte aux autorités préfectorales ou judiciaires à agir sous leur responsabilité.

Les abus sont rares. Une seule fois, nous fûmes appelé en consultation pour un malade que sa famille avait retiré d'un asile près de Lyon, sur les instances du premier président de cette ville.

L'insensé lui ayant écrit pour protester contre sa séquestration, il l'interrogea et jugea sa plainte fondée. Mais à peine est-il sorti qu'il s'empare de sa malle, esquivé sa famille, prend le premier train de Paris, où on l'aurait cherché longtemps, si, à diverses reprises, il n'eût invoqué l'appui des commissaires contre ses persécuteurs imaginaires. Placé de nouveau, ses incartades étaient fréquentes.

M. LUNIER. — Je ne suis pas éloigné d'accepter les conclusions de M. Christian. Mais pour obtenir ce qu'il propose, il faudrait bouleverser l'organisation des asiles ; il faudrait des règlements spéciaux. Je sais parfaitement que non seulement les aliénés qui ont commis des crimes, mais ceux que l'on désigne sous le nom d'aliénés dangereux, sont dans les asiles une menace permanente pour le médecin et pour le personnel. Leur présence est une difficulté constante pour le maintien de la discipline. C'est pour ces malades que nous avons proposé la création d'un asile spécial, intermédiaire à l'asile et à la prison.

Il n'est pas exact de dire que ceux qui ont commis des crimes et que ceux qui n'en ont pas commis se ressemblent de tous points. Actuellement d'ailleurs, on ne séquestre plus dans les asiles les criminels devenus aliénés dans

les maisons centrales. On les place à part dans le quartier spécial de Gaillon.

En ce qui concerne les aliénés qui ont été l'objet d'une ordonnance de non-lieu ou d'un acquittement pour cause de folie, je considère comme regrettable, je le répète, qu'on les place dans les asiles ordinaires, surtout quand leur crime a eu une grande notoriété. Dans les asiles de province surtout, où tout se sait, les parents des aliénés simples jettent les hauts cris lorsqu'ils savent que leurs malades vivent en contact avec un criminel.

Quant à la question de savoir si avec la loi actuelle le médecin a le droit de garder indéfiniment, quand il l'a déclaré guéri, un individu qui a commis un crime, parce qu'en son âme et conscience il est convaincu que, sorti de l'asile et rentré dans son ancien milieu, il recommencera, je ne le crois pas. Certes, j'en conviens, la difficulté est grande; et c'est pour ce motif que j'admettrais, dans une certaine mesure, l'intervention de la justice venant dégager la responsabilité médicale.

En résumé, je suis d'avis que pour les aliénés criminels et exceptionnellement dangereux, on crée des asiles ou des quartiers d'asile, présentant des dispositions spéciales et ayant un règlement à part, en rapport avec la nature des pensionnaires.

M. FOVILLE. — Ce qui vient d'être dit par différents membres de la Société démontre, de nouveau, ce fait bien connu, que le médecin d'un asile éprouve parfois un très grand embarras lorsqu'il s'agit de faire sortir ou de retenir certains malades qui, après avoir commis un acte dangereux ou criminel, ne donnent plus de signe de délire, depuis plus ou moins longtemps, et se prétendent complètement guéris.

Pour remédier à ce grave inconvénient, pour alléger la responsabilité du médecin d'asile, et faire partager sa responsabilité par l'autorité administrative et judiciaire, on demande de nouvelles lois et on a rédigé déjà divers projets.

Je pense, aussi, qu'il y a quelque chose à faire, surtout pour les individus jugés en cour d'assises, et je désire que ce quelque chose se fasse attendre le moins longtemps possible. Mais en attendant, et dans l'état actuel de la législation, sommes-nous réellement aussi privés de garanties que cela a été dit, et n'avons-nous aucun moyen de mettre

notre responsabilité à l'abri, en la faisant partager à d'autres ? Pour moi, je ne le crois pas, et la législation existante nous offre, à mon avis, une ressource dont il est de notre intérêt de faire un fréquent usage.

Je veux parler de l'art. 29 de la loi du 30 juin 1838, qui permet à tout malade placé dans un asile, ou à toute personne s'intéressant à un malade ainsi placé, de se pourvoir devant le tribunal pour demander sa sortie.

Il est évident que, lorsqu'un médecin hésite à prendre l'initiative d'une déclaration de guérison, qui le rendra seul responsable de la sortie d'un aliéné, en apparence rétabli mais suspect de récurrence dangereuse, il lui est toujours facile d'engager ce malade, ses parents ou ses amis à s'adresser au tribunal.

Celui-ci, dit la loi, devra faire les vérifications nécessaires. La première est de demander l'avis du médecin traitant ; ce dernier se trouve donc à même de faire connaître tout ce qu'il connaît du passé du malade, et tout ce qu'il redoute de son avenir.

Ce devoir une fois rempli, la conscience du médecin doit se sentir entièrement rassurée ; quelles que soient, ensuite, les autres vérifications auxquelles le tribunal croie devoir se livrer, quelle que soit la décision prise en chambre du conseil, sans être motivée, la responsabilité du médecin est couverte, et l'on peut dire que toutes les précautions prévues par la justice humaine ont été observées.

On peut objecter, je le sais, que les magistrats ne sont pas juges compétents, lorsqu'il s'agit de questions purement médicales. Je répondrai que la loi suppose leur compétence et que nous devons tous respecter la loi. J'ajouterai qu'il dépend de nous, en grande partie, de leur faire acquérir cette compétence, en les mettant souvent aux prises avec les difficultés de ce genre. Si ce n'est qu'une fois par hasard, qu'un tribunal est saisi des réclamations spacieuses d'un aliéné, il courra grand risque de se laisser abuser. Qu'il soit, au contraire, appelé à examiner beaucoup de malades, il apprendra à connaître les aliénés, à tenir un juste compte des déclarations médicales, et ses décisions acquerront une valeur pratique à laquelle nous serons les premiers à rendre hommage. La prudence du tribunal deviendra, du reste, d'autant plus grande qu'au début il n'aura pas su éviter certaines erreurs.

Parmi plusieurs faits que je pourrais citer à l'appui de mon opinion, il en est un qui est particulièrement significatif. M. X... a été placé, il y a douze ans, dans un de nos asiles publics, comme aliéné, à la suite de menaces réitérées contre la vie de son père. A l'asile il se montra bientôt tout à fait calme et parfaitement lucide. Cependant le médecin, effrayé du passé et méfiant de l'avenir, n'osait provoquer sa mise en liberté. X... s'adressa alors au tribunal qui, après de longues hésitations, finit par ordonner la sortie.

L'année suivante, X... rentrait à l'asile, après avoir donné à sa sœur douze coups de couteau, dont aucun, heureusement, n'a été mortel. Depuis longtemps, X... ne présente plus aucun signe de délire proprement dit, et il serait difficile, dans un cas ordinaire, de motiver sa séquestration sur son état actuel. Cependant, malgré ce rétablissement apparent, je n'ai jamais osé déclarer qu'il fût guéri, ni qu'il fallût lui rendre sa liberté. X... ne cesse de demander sa sortie, et une fois par an, il adresse une requête au tribunal. Le président le fait alors venir ; il l'examine avec sollicitude, et sans le décourager pour l'avenir, il lui conseille de patienter encore un an. Grâce à cette intervention annuelle du tribunal, le malade n'attribue pas la prolongation de sa séquestration au médecin seul, et celui-ci conserve sur X... une certaine autorité, tout en mettant sa responsabilité tout à fait à l'abri.

Je considère donc l'art. 29 de la loi comme une sauvegardé excessivement utile, tant pour le médecin que pour le malade, et je crois qu'il convient d'y recourir très souvent.

En présence de l'importance de la discussion engagée, la Société décide qu'une séance supplémentaire aura lieu le lundi 12 décembre.

La séance est levée à six heures un quart.

Dr Paul MOREAU (de Tours.)

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1881.

Présidence de M. LUVS.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. LUNIER présente à l'appui de la candidature au titre

de membre associé étranger du Dr Oudart, de Belgique, une brochure extraite du bulletin de la Société de médecine mentale belge, ayant pour titre : *Note relative à l'encombrement des asiles d'aliénés.*

M. DALLY offre à la Société l'article qu'il vient de publier dans la *Revue de philosophie positive*, ayant pour titre : *Programme d'un cours d'ethnologie.*

M. MOTET présente au nom du Dr Parant, membre correspondant, une brochure intitulée : *Considérations médico-légales sur la responsabilité des faibles d'esprit.*

M. LE PRÉSIDENT prie M. Foville de vouloir bien faire un rapport sur cet intéressant travail.

Au nom du Dr Baume, *Observations sur la médecine légale des aliénés et sur une lacune de la loi du 30 juin 1838.*

Rapport de candidature.

Sur un rapport oral de M. Lunier, M. le Dr Oudart est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre associé étranger.

Le rapport de la commission des finances est confié à MM. Brochin et Legrand du Saulle.

Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite).

M. FALRET. — Tout en admettant les motifs mis en avant pour la création d'asiles spéciaux, M. Falret ne les trouve pas suffisants pour justifier cette mesure. Pour lui, ce serait faire un pas en arrière et revenir pour les aliénés au système des prisons. Il lui semble qu'une infirmerie consacrée, dans chaque quartier, à ce genre d'aliénés, serait suffisante, ainsi par exemple qu'on le voit à Ghéel.

M. LUNIER. — Je ne partage aucunement la manière de voir de M. Falret : personne, que je sache, n'a demandé que la même législation fût appliquée aux aliénés criminels et aux aliénés dangereux. La commission qui serait instituée pour procéder au placement dans les asiles dont je demande la création, ferait un choix sévère et n'admettrait exclusivement que les criminels réellement dangereux. J'ajouterai, pour répondre à une objection de M. Falret, que Broadmoor a un règlement spécial qui n'est ni celui des prisons, ni celui des asiles. Je crois qu'en France une législation spéciale, conçue dans les mêmes idées, aurait une très grande utilité.

M. MOTET. — Messieurs, nous connaissons le travail que M. Jules Falret a publié dans vos *Annales*, et dans lequel il a étudié si complètement la question des aliénés dits criminels. Les arguments qu'il avait produits alors, et devant lesquels je ne puis pas céder, ont été de nouveau développés par lui avec une entière conviction ; j'ai le regret de ne pas la partager et de me tenir en dissentiment, pour la première fois peut-être, avec notre savant collègue. M. Jules Falret vous a rappelé, tout à l'heure, les divergences d'opinions des médecins anglais, les difficultés que l'on a rencontrées dans la pratique lorsqu'il s'est agi de régler la situation des aliénés dits criminels, les nombreux *acts* qui successivement ont complété la législation spéciale en Angleterre ; et, il a surtout insisté sur ce fait que, dans l'asile de Broadmoor où sont placés les aliénés dits criminels, on retrouve toutes les variétés de la folie, les malades n'ont rien qui les distingue des aliénés des autres asiles. Cela peut être vrai, mais ce qui ne l'est pas moins, c'est que l'asile de Broadmoor répond à une préoccupation légitime, celle d'assurer la sécurité sociale. Aujourd'hui, nos asiles tendent de plus en plus à se transformer, des exploitations agricoles en sont devenues des annexes obligées ; on cherche à donner à l'aliéné toute la somme de liberté compatible avec son état mental. Cette tendance, que je suis loin de blâmer, a pour résultat de diminuer dans une très large mesure les conditions de garde sévère, et de rendre peut-être les évasions plus faciles. Ce que je demande, c'est que sans rien changer à ce qui existe pour nos asiles publics, on crée un asile fermé, dans des conditions telles que la surveillance y soit plus étroite, plus sévère, et qu'on y maintienne les aliénés qui ont commis des actes qualifiés crimes. Que la sortie de ces aliénés soit entourée de garanties, et les précautions seront là, d'autant plus faciles à prendre, que l'aliéné, dès son arrivée, y sera mieux connu. Encore une fois, je ne demande pas l'abdication du médecin, je demande une législation spéciale qui allège sa responsabilité. Je suis fermement convaincu qu'il y a quelque chose à faire dans cette voie ; j'ai, pour ma part, observé des faits qui me donnent absolument raison. J'ai vu sortir des asiles des aliénés, non guéris, qui y étaient entrés à la suite d'actes de violence. Rappelez-vous, messieurs, l'agression brutale dont M. le professeur Lasèque a été la

victime. Il s'agissait d'un délirant persécuté devenu persécuteur à son tour, et qui a voulu frapper, dans la personne de notre respecté collègue, « le chef des médecins aliénistes. » Eh bien ! cet homme, après un séjour de dix-huit mois à l'asile, malgré l'avis du médecin en chef, malgré celui de M. le Dr Blanche, et le mien, par cela seul qu'il a été trouvé calme par un magistrat sans expérience dans ces difficiles questions, est sorti de l'asile ; quel est celui d'entre nous qui oserait dire que cet aliéné ne commettra pas un autre acte de violence sous l'influence de préoccupations délirantes qui ne sont pas éteintes ? Et cet autre, atteint de débilité mentale avec les pires perversions, cinq fois placé, à la suite d'ordonnances de non-lieu, s'évadant des asiles, commettant de nouveaux méfaits, et finissant par un homicide ! Un autre encore, atteint d'alcoolisme chronique, qui frappe d'un coup de couteau un de ses camarades d'atelier, que nous avons examiné, M. le professeur Lasègue et moi, que nous déclarons irresponsable, que le jury acquitte comme tel, qui est placé dans un asile, d'où il est sorti trois mois après, parce qu'on l'a considéré comme inoffensif ! Je dis qu'il y a là un danger permanent pour la société ; je dis qu'il est nécessaire qu'une législation spéciale intervienne pour régler de pareilles situations.

Mais, objecte-t-on, près du tiers des aliénés placés d'office chaque année à Paris, a commis des délits ou des crimes, allez-vous interner tous ces aliénés dans l'asile spécial que vous demandez ? Si vous le faites, ce n'est plus un, c'est trois, c'est quatre asiles qu'il vous faudra créer. Ma réponse est facile : est-ce qu'en Angleterre, on dirige sur Broadmoor les aliénés qui ont commis des délits de peu d'importance ? Non, ils sont placés dans les asiles ordinaires, et à cela il n'y a pas le moindre inconvénient. On ferait de même en France, réservant l'asile spécial pour ces aliénés, dont les actes d'une violence extrême ont été suivis d'un grave dommage soit pour les personnes, soit pour la propriété. Je ne vois pas où serait la difficulté dans la désignation des aliénés qui devraient être l'objet d'une pareille mesure. Il est certain que nous n'avons rien qui réponde à ce que je considère comme absolument nécessaire. La sûreté de Bicêtre n'y suffit pas. Le quartier spécial de Gaillon est fait seulement pour les criminels, devenus aliénés pendant qu'ils subissent leur peine.

Ce qui me frappe beaucoup dans l'argumentation de mes honorables contradicteurs, c'est qu'ils sont amenés à reconnaître qu'il y aurait intérêt à ce que les sorties fussent plus difficiles. L'esprit de la loi française sur les aliénés est, au contraire, de rendre la sortie facile; il me paraît impossible de réaliser la réforme que je crois utile sans modifier la loi, et sans viser d'une manière toute spéciale les aliénés qui auront commis des actes qualifiés crimes. C'est pour cette raison que je persiste dans l'opinion que j'ai émise, et que je demande la création d'un asile spécial, appartenant à l'Etat, entretenu par l'Etat, où l'entrée et la sortie seront réglées par des dispositions spéciales applicables, à une catégorie d'aliénés contre lesquels il importe que la société soit plus efficacement protégée.

M. LABITTE. — Lorsqu'un condamné devient aliéné en prison et qu'il est transféré dans un asile, sa peine continue-t-elle à courir pendant qu'il est privé de raison et soumis à un traitement spécial?

M. LUNIER. — Il n'y a aucun doute à cet égard; aussi lorsque cet individu venant à guérir, il lui reste encore quelques semaines à faire pour purger sa condamnation, serai-je d'avis qu'on le gardât à l'asile, pour éviter que, de retour à la prison, soumis aux mêmes influences qui ont déterminé une première fois son trouble d'esprit, les mêmes accidents se reproduisent à nouveau. Les exemples de ces rechutes ne sont pas très rares.

La séance est levée à six heures.

D^r Paul MOREAU (de Tours).

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1881

Présidence de M. LUVS

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Des lettres de M. Oudart, inspecteur général des aliénés de la Belgique, et de M. Virgilio, médecin-directeur de

l'asile d'Aversa près Naples, remerciant la Société du titre de membre associé étranger qui leur a été accordé dans la dernière séance.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le n° 57 de la *Razon de la sin razon*.

2° Le n° 42 du *Bolletino del manicomio privato* Florent.

Incident.

M. MOTET, secrétaire général. — Messieurs, vous avez tous reçu une brochure intitulée : *Une enquête à l'asile Sainte-Anne*, dans laquelle son auteur, notre honorable collègue M. Dagonet, relate des faits sur lesquels nous croyons devoir attirer tout spécialement votre attention. Dans le courant de cette année, un membre du conseil municipal dénonça un meurtre qui aurait été commis dans le service de M. Dagonet pendant que celui-ci faisait l'intérim de directeur, et dont l'autorité compétente n'aurait pas été informée. Sur cette dénonciation et sans que M. Dagonet eût été prévenu, M. le directeur de l'asile Sainte-Anne, de concert avec le conseiller municipal en question, provoqua une enquête judiciaire. Cette enquête démontra que M. le directeur de Sainte-Anne et M. le conseiller municipal avaient été l'objet d'une mystification, qu'un peu d'habitude des malades leur aurait fait éviter. Le mystificateur était un aliéné persécuteur persécuté, ancien instituteur, orgueilleux, processif, qui, ayant entendu dire qu'un autre malade était mort d'*étranglement* interne, avait cru que ce malade avait été réellement étranglé, et avait fait partager sa conviction d'abord à M. le conseiller municipal, ensuite à M. le directeur de l'asile Sainte-Anne, que sa récente mésaventure à l'Hôtel-Dieu aurait dû mettre en garde. La Société croira sans doute devoir protester contre de pareils agissements.

M. DALLY. — Cette façon de procéder me paraît tellement grave qu'une simple protestation n'est pas suffisante. Il me semble juste que la Société accorde à M. Dagonet, en cette circonstance, un témoignage spécial de haute estime en votant un ordre du jour motivé. Je proposerai le suivant :

« La Société médico-psychologique remercie M. le Dr Dagonet de l'envoi qu'il a bien voulu lui faire de son

travail intitulé : « *Une enquête à l'asile Sainte-Anne.* » Elle ordonne le dépôt de ce mémoire dans ses archives, avec mention spéciale au procès-verbal, et elle entend donner ainsi au savant médecin de l'asile Sainte-Anne un témoignage de sa haute estime. »

Cet ordre du jour a été voté à l'unanimité des membres présents.

M. DAGONET remercie la Société de cet ordre du jour et d'être intervenu ainsi dans une affaire qui lui est purement personnelle.

M. LUNIER. — Je ne crois pas qu'il faille considérer cette affaire comme purement personnelle à M. Dagonet ; tout médecin d'asile peut en effet se voir exposé aux mêmes ennuis.

Mort de M. Brierre de Boismont.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs et chers collègues, j'ai la douleur de vous annoncer la mort de notre éminent collègue, M. le Dr Brierre de Boismont, qui vient de s'éteindre à l'âge de 85 ans au sein de sa famille, à Saint-Mandé. Une autre voix plus autorisée que la mienne est destinée à vous exposer les détails d'une existence si bien remplie au point de vue scientifique. Permettez-moi de vous rappeler, vous tous qui l'avez connu, que Brierre de Boismont appartenait à cette génération de jeunes médecins du commencement du siècle, qui, élèves de Dupuytren, ont élevé si dignement la gloire de la médecine et de la chirurgie françaises. Brierre de Boismont, voué d'abord à l'étude de la chirurgie, l'abandonna bientôt pour celle de la médecine mentale, c'est là qu'il trouva son champ d'action et le terrain de sa belle réputation. Vous tous, vous vous rappelez avec quelle ardeur il prenait part à nos discussions, combien il était exact aux séances de notre chère Société médico-psychologique dont il avait été fondateur zélé et actif. A la fois observateur perspicace des malades et écrivain disert, vous l'avez vu avec tact et élégance aborder les sujets les plus divers de la médecine mentale, en jetant une vive lumière sur les points qu'il mettait successivement en saillie. Vous savez tous le succès de son traité sur les hallucinations, qui, à un moment donné, a été la monographie la plus complète que nous ayons de la matière. Permettez-moi, messieurs, au nom de la Société, d'exprimer à la famille les bien vifs

regrets qu'elle éprouve de cette douloureuse séparation, et la haute estime dans laquelle elle révère un des membres les plus illustres et un des représentants les plus autorisés, en France, de la médecine mentale.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL donne lecture d'une lettre de M. Baillarger, annonçant à la Société que M. Brierre de Boismont a légué à l'Association des médecins aliénistes une somme de 4,000 fr.

Rapport de candidature.

M. PAUL MOREAU (de Tours.)— Messieurs, le Dr Paul Jacoby sollicite le titre de membre associé étranger. Le nom de notre très savant confrère est trop connu de ceux qui s'occupent de psychiatrie pour qu'il soit nécessaire d'insister longuement sur les nombreux travaux qui viennent appuyer sa candidature. Chacun connaît le remarquable mémoire intitulé : *Considérations sur les monomanies impulsives*, par lequel le Dr Jacoby fit son entrée dans la carrière médicale, en 1868.

Depuis cette époque, la plume infatigable du travailleur a doté la science d'autres travaux non moins importants; permettez-moi, messieurs, de vous en donner un rapide aperçu.

1° *Asiles d'aliénés en Suisse*, une série d'articles dans les *Archives d'hygiène publique et de médecine légale* russe, 1868-69).

La question des asiles étant à cette époque à l'ordre du jour en Russie et le gouvernement russe ayant décrété la construction de cinq asiles centraux et se chargeant de la moitié des dépenses pour les asiles bâtis par les départements, les *Archives d'hygiène publique et de médecine légale*, publiées par le département du ministère de l'intérieur, demandèrent au Dr Jacoby une étude sur les asiles en Suisse. Il en étudia cinq : Berne, Neuchâtel, Lausanne, Genève et Königsfelden (division des aliénés de l'hôpital). Après avoir décrit les asiles de Berne et de Neuchâtel, examiné en détail leurs comptes rendus statistiques, il a donné les plus grands éloges à l'asile de Neuchâtel (Préfargier), dont le directeur actuel, le Dr Châtelain, n'était alors que médecin adjoint. S'il a constaté aussi la bonne tenue relative de l'asile de Berne, il a dû par contre parler tout autrement tant des deux autres asiles que de la division de

Konigsfelden, dont l'état était à cette époque réellement déplorable. Depuis, un excellent asile nouveau a été bâti à Lausanne, sous la direction d'un médecin français qui en a organisé aussi les services. Mais l'asile de Genève ne paraît pas avoir beaucoup changé et est réellement indigne de cette ville si intelligente et si humanitaire et de sa belle université.

2° *L'affaire Jeanneret* (Arch. d'hyg. publ. russe, 1870).

Marie Jeanneret, une fille de trente ans, ayant une certaine fortune, se fait garde-malade par goût et profite de sa position pour empoisonner ses clients, une vingtaine de personnes en tout, sans y avoir le moindre intérêt. M. le Dr Châtelain a, vous devez vous en souvenir, rendu compte de cette affaire dans les *Annales médico-psychologiques*. Il regarde J... comme une monomane très intelligente et rusée. M. Jacoby n'a pas cru devoir se ranger à cet avis : pour lui, J... est une personne faible d'esprit, probablement une dégénérée, qui accomplissait pour ainsi dire mécaniquement, comme une machine une fois montée, toute la série de ses crimes, obéissant à une idée fixe, d'origine fortuite, mais qui s'était imposée à sa faible intelligence, incapable de réagir contre les suggestions, de lutter contre elles. Le manque absolu de sensibilité, qui la rapprocherait des idiots, n'est chez elle qu'une manifestation de la dégénérescence par suite d'hérédité psychopathique, beaucoup plus prononcée, comme cela arrive plus fréquemment dans la sphère affective que dans la sphère purement intellectuelle. Dans ce travail, le Dr Jacoby rattache au cas de J... la question de la monomanie et cherche à prouver que les monomanies sont un indice d'un état d'affaiblissement intellectuel, temporaire ou permanent.

3° *Etude sur les conditions hygiéniques de la vie des ouvriers* (Arch. d'hyg. publ. russe, 1870).

Cet article traite particulièrement de la vie moyenne dans les diverses classes de la société.

4° *Analyses de la littérature médico-psychologique allemande* (Arch. d'hyg. publ. russe, 1869-70).

C'est une série d'articles contenant des analyses d'ouvrages de médecine mentale et la discussion des questions psychiatriques qui s'y rattachent. Ainsi, à propos du livre de Limann : *Zweifelhafte Geisteszustände vor dem Gerichte* (cas d'état mental douteux devant les tribunaux), M. Jacoby

discute les questions, controversées à cette époque en Allemagne, de la responsabilité limitée et de la responsabilité partielle, c'est-à-dire si, dans certaines formes mixtes et légères, on doit regarder les sujets comme tout à fait irresponsables ou s'il faut admettre une responsabilité incomplète, diminuée, mais applicable à tous leurs actes, ou enfin si jouissant, selon quelques auteurs, de leur raison et de leur libre arbitre en tout ce qui ne touche pas directement à leurs idées délirantes, ils doivent être déclarés irresponsables en ce qui touche seulement au sujet de leur délire.

A propos de l'ouvrage de Solbrig « *Verbrechen und Wahnsinn* » (crime et folie), M. Jacoby expose la théorie de la folie appelée *folie querelleuse*, *folie plaideuse* et la relation qui existe entre la débauche, la vie crapuleuse et certaines formes mixtes et vagues de la folie.

Dans l'analyse de l'ouvrage de Knopp, « *Paradoxie des Willens* » (paradoxalité de la volonté), il expose comment les idées psychiatriques fondamentales de Griesinger et de son école procèdent de la philosophie de Herbart, et spécialement de sa théorie arithmétique de la psychologie, etc...

6. *Étude médico-psychologique sur Jeanne d'Arc* (La science russe, 1872).

Les chroniques d'Alain et Jean Chartier, de Cousinot, de Monstrelet..., etc., et le grand recueil de Quicherat, les indications éparses dans les auteurs, fournissent des renseignements suffisants pour juger de l'état mental de la Pucelle d'Orléans. D'après M. Jacoby, la singularité que l'on constate chez elle, d'une intelligence faible, notablement inférieure au niveau moyen, traversée par des éclairs d'une intuition lumineuse, et cependant incapable de comprendre le plus simple raisonnement, le mélange de ruse et d'enthousiasme, de vanité la poussant au mensonge et d'exaltation religieuse, de luxe insensé et des pratiques les plus pénibles d'une religion outrée, tout cela indique non seulement un état névropathique héréditaire, mais fait supposer encore qu'elle appartient à une famille bien douée, mais en pleine voie de dégénérescence. Or l'analyse minutieuse des nombreux documents historiques que nous possédons, concernant la Pucelle, se trouvait complètement d'accord avec l'induction médico-psychologique.

7. *De certaines formes spéciales des maladies nerveuses et de leur hérédité* (La science russe, 1872-1873).

8. *Etudes sur la parenté étiologique et pathogénique des talents et des troubles nerveux* (La science russe, 1873-1874.)

Ces deux études faites sous l'influence de la *Psychologie morbide*, du Dr Moreau (de Tours), sur la dégénérescence, ont servi de base au dernier ouvrage du Dr Jacoby sur la sélection, ouvrage dont nous parlerons plus loin.

9. *Analyse de la littérature médico-psychologique russe* (Annales médico-psychologiques de Paris 1869).

10. *Traduction annotée et augmentée du livre de M. Laurent « De la simulation de la folie. »*

Les tribunaux, en Russie, ayant été complètement réorganisés sur des bases nouvelles, avec introduction du jury, le département médical du ministère de l'intérieur voulut donner aux médecins près des tribunaux, des traités sur les diverses branches de la médecine légale. Sur la proposition du docteur Sowtsoff, à cette époque rédacteur des *Archives d'hygiène publique et de médecine légale*, M. Jacoby fut chargé de la traduction du livre de M. Laurent, et dut le mettre au courant des travaux sur cette question, l'annoter et le compléter.

11. *Traduction en langue russe du traité des maladies mentales de Griesinger* (4^{re} partie).

Enfin, messieurs, il est un dernier ouvrage sur lequel je désire appeler encore votre attention : celui-ci est une œuvre capitale qui suffit à fonder à tout jamais la renommée de celui qui l'a écrit :

Sous ce titre : *Etude sur la sélection dans ses rapports avec l'hérédité chez l'homme*, le Dr Jacoby aborde une question encore trop peu connue et extrêmement délicate.

Laissant de côté les formes de la sélection qui ne se rattachent en rien à l'hérédité, il en a choisi deux autres présentant une combinaison précieuse pour l'étude de la question de sélection et d'hérédité, c'est la sélection par position sociale exclusive et la sélection par intelligence et par talent.

Partant de cette idée que le pouvoir, dans toutes ses conditions et manifestations sociologiques, est une cause certaine de dégénérescence dans les familles par suite d'un état particulier, anormal, constituant même une véritable névrose, le Dr Jacoby étaye cette opinion d'une telle quantité de faits, puisés aux sources les plus authentiques, qu'il est impossible de douter un seul instant que c'est bien en

vertu des lois de la sélection et de l'hérédité chez l'homme qu'il faut chercher les explications des anomalies intellectuelles et morales, des aberrations mentales et des monstruosités de toute sorte que l'on rencontre presque constamment et pour ainsi dire à l'état normal dans les familles souveraines.

Mais la dynastie n'est pas nécessairement souveraine : elle peut être industrielle, commerciale, intellectuelle, nobiliaire, et toujours elle obéit à la même loi de dégénérescence et, le cas échéant, il faut toujours tenir compte aux malheureux abâtardis de la fatalité de leur naissance.

Dans l'impossibilité matérielle de donner l'histoire de toutes les dynasties de l'Europe, M. Jacoby s'est borné à l'étude de la famille d'Auguste qui, en trois générations, est déchue d'un état de santé psychique normale à la plus épouvantable dégradation morale et intellectuelle. Eclairés par la médecine, certains faits obscurs de l'histoire deviennent nets et intelligibles, et, comme le dit si justement l'auteur, « ces exemples suffisent pour faire voir que l'histoire pourrait retirer des avantages réels si elle voulait demander un peu d'aide à la médecine. »

Je ne veux pas, messieurs, abuser plus longtemps de votre bienveillante attention. J'ai tenu à vous inspirer, par ces quelques mots, le désir de connaître par vous-mêmes un livre qu'une analyse, quelque complète qu'elle pourrait être, serait toujours impuissante à donner même la plus faible idée.

Élève de Griesinger, le docteur Jacoby est un homme d'une valeur réelle et incontestable, qu'une modestie excessive a trop longtemps retenu loin de nous. En le recevant dans son sein, la Société médico-psychologique honorerait le savant autant qu'elle s'honorera elle-même.

Votre commission, messieurs, vous propose à l'unanimité de conférer au Dr Paul Jacoby le titre qu'il sollicite.

M. DALLY. — Je tiens à rappeler ici que la question traitée par M. Jacoby n'est pas entièrement neuve. M. le rapporteur sait aussi bien que moi que son père, M. Moreau (de Tours), a déjà développé avec un grand talent cette question de la sélection en ce qui touche les formes géniales, dans son important ouvrage sur la *Psychologie morbide*. D'ailleurs, je dois reconnaître que M. Jacoby rend hommage

à son prédécesseur et cite son travail en maints endroits de son livre.

Les conclusions du rapport de M. Paul Moreau (de Tours) sont adoptées et M. Jacoby est nommé membre associé étranger.

Elections du bureau de 1882.

Vice-président : sur 28 votants.

MM. MOTET	25 voix.
DAGONET	2 voix.
ESPIAU DE LAMAESTRE	1 voix.

M. MOTET est proclamé vice-président pour l'année 1882.

Secrétaire général : 26 votants.

MM. RITTI	24 voix.
FOVILLE	1 voix.
CHRISTIAN	1 voix.

M. RITTI est nommé secrétaire général.

Secrétaires annuels : 26 votants.

MM. CHARPENTIER	25 voix.
GARNIER	15 voix.
J. VOISIN	14 voix.
CHRISTIAN	4 voix.
Paul MOREAU (de Tours)	2 voix.

MM. CHARPENTIER et GARNIER sont nommés secrétaires annuels.

Trésorier : M. Auguste VOISIN est renommé par acclamation.

Conseil de famille : MM. LEGRAND DU SAULLE et LUCY sont adjoints au bureau pour former le conseil de famille.

Comité de publication : Le comité de publication sera composé de MM. DAGONET, DUMESNIL et FALRET.

Nomination des commissions de prix.

Prix Aubanel. — La commission est composée de MM. Dagonet, Falret, Legrand du Saulle, Mesnet et Charpentier.

Prix Esquirol. — La commission est composée de MM. Baillarger, Mitivié, Lunier, Blanche et Garnier.

Altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions.

M. LUNIER lit, sous ce titre, au nom de M. Baillarger, une note insérée dans le numéro de janvier 1882 des *Annales médico-psychologiques*.

Des contractures par appréhension.

M. DALLY. — Je me propose de parler à la Société de certaines contractures qui se lient aux états pathologiques du cerveau. En 1874, j'ai publié un travail sur les contractures, dans lequel je proposais de diviser celles-ci en trois catégories : 1^o les contractures dues à des états pathologiques de la moelle ; 2^o celles causées par des altérations des muscles ; 3^o enfin, les contractures consécutives à des états pathologiques du cerveau. C'est sur ces dernières que je désire appeler votre attention et en particulier sur celles que je nommerai *contractures par appréhension*. Il arrive, en effet, souvent qu'on voit des membres se contracturer chez des individus à la suite de fortes douleurs ; cette contracture, d'abord passagère, peut devenir permanente par appréhension de la douleur déjà subie et enfin par une sorte d'accoutumance. Comme preuve de ce que j'avance, je citerai l'observation d'une jeune fille qui fut prise, sans cause connue, de douleurs dans un bras et dans la jambe correspondante, et chez laquelle une raideur articulaire par contracture des muscles ne tarda pas à s'établir dans les membres malades. Cette jeune fille ne présentait aucun des attributs de l'hystérie. Des mouvements forcés furent imprimés aux articulations, et sous l'influence de cette thérapeutique brutale la contracture s'accrut. Consulté à cette époque, je conseillai le repos simple et m'opposai énergiquement à toute manœuvre de force ; les accidents disparurent au bout de trois mois, du côté du membre supérieur, mais la cuisse et la jambe restèrent immobilisées dans l'extension, avec flexion du pied sur la jambe. Les parents de la malade crurent devoir recourir de nouveau à des soins plus actifs ; ces mouvements forcés et le massage sous toutes les formes furent encore mis en œuvre ; on appliqua ensuite les courants électriques sans plus de succès, et l'on en vint à conseiller la ténotomie du jambier anté-

rieur. Appelé de nouveau auprès de la patiente, j'instituai un traitement tout différent. Pour moi, en effet, il n'y a pas, dans ce cas, de contracture musculaire vraie; les muscles sont en état d'*appréhension* par suite du souvenir, conservé par la malade, des souffrances que lui ont fait endurer les manœuvres violentes. Dans les contractures par lésions des centres nerveux, la raideur persiste durant le sommeil; or, dans ce cas, d'après les renseignements fournis par les parents, elle disparaît du moins en partie; mais le fait n'a pu encore être vérifié. En résumé, c'est là une pseudo-contracture causée par l'effroi qu'éprouve la jeune fille à l'idée seule du mouvement, à la seule pensée qu'il lui faut étendre les pieds; le traitement doit donc être tout d'abord mental et n'avoir d'autre but que de modifier la cérébration. Je me suis efforcé de gagner la confiance de la malade, de lui persuader qu'aucun mouvement forcé ne serait tenté sans son concours, qu'aucun appareil ne serait appliqué, et depuis lors il s'est produit une légère amélioration.

M. CHARPENTIER demande si, dans le fait cité par M. Dally, on a employé le chloroforme.

M. DALLY. — On a essayé une fois, mais il y a eu des accidents tels qu'on a été forcé d'interrompre l'expérience et, depuis lors, la famille s'est absolument opposée à la renouveler.

La séance est levée à six heures.

D^r ANT. RITTI.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

(Année 1881)

Progrès Médical

- 1^o *De l'influence de la compression ovarienne sur divers accidents hystériques* ; par M. Bourneville (n^o 2).

Cas d'hystérie dans lequel la compression de l'ovaire droit fit disparaître, après une seule séance, les accidents nerveux suivants que présentait la malade : *Hémiplégie et hémianesthésie du côté droit, et contracture de la mâchoire inférieure.*

- 2^o *Atrophie partielle de l'hémisphère cérébral gauche. — Hémiplégie droite. — Idiotie, épilepsie jacksonienne à forme hémiplégique ; mort en état de mal* ; par H. d'Olier (n^o 3).

- 3^o *Delirium tremens ; — Insuccès du chloral et de l'optum ; — guérison par le haschisch* ; par le Dr Villard (n^o 8).

- 4^o *Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du bromure d'éthyle dans l'épilepsie et l'hystérie* ; par MM. Bourneville et H. d'Olier (n^o 13).

Les conclusions des auteurs sont les suivantes :

- 1^o La dilatation pupillaire, au début des inhalations de bromure d'éthyle, n'a rien de constant ;

- 2^o La résolution musculaire complète est exceptionnelle ;

- 3^o L'anesthésie se produit à des degrés très variables suivant les sujets ;

- 4^o La température, les sécrétions, l'état général ne paraissent subir aucune modification ;

- 5^o Le pouls et la respiration sont légèrement accélérés ;

- 6^o Il peut se produire un tremblement plus ou moins marqué des membres pendant l'inhalation, mais ne persistant pas en dehors d'elle ;

- 7^o Les attaques hystériques sont en général facilement arrêtées avec le bromure d'éthyle ;

- 8^o Les accès d'épilepsie peuvent quelquefois être enrayés en donnant le médicament dès la période tonique ; le plus souvent l'inhalation reste sans effet ;

9. Dans l'épilepsie, l'emploi régulier du bromure d'éthyle administré en inhalations quotidiennes pendant une période d'un à deux mois, diminue très notablement la fréquence des accès.

5^o *Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques. — Du phénomène de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire; par MM. Charcot et P. Richer (n° 15).*

Parmi les phénomènes somatiques qui caractérisent l'état de somniation provoquée chez les hystériques, il en est un qui consiste en une aptitude spéciale du muscle à la contracture sous l'influence de l'excitation mécanique, et que, dès 1878, M. Charcot a désigné et décrit sous le nom d'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*. Ce phénomène n'appartient qu'à un mode de sommeil hypnotique, la *léthargie hystérique provoquée*, dont il constitue un des caractères fondamentaux. La contracture qui se produit dans ce cas n'est pas seulement le résultat de l'excitation mécanique directe; elle succède également bien à l'excitation portée sur les tendons ou sur les nerfs.

À la face, l'hyperexcitabilité neuro-musculaire présente ceci de particulier que l'excitation n'y provoque qu'une contraction musculaire passagère et jamais une contracture durable; ce qui permet de reproduire successivement et dans un court espace de temps, à l'aide de la pression exercée avec l'extrémité d'un petit bâton, la plupart des expériences de Duchenne (de Boulogne) sur l'action partielle des muscles de la face sous l'influence de la faradisation localisée.

Ces faits ont une double importance : 1^o au point de vue clinique, parce que leur constatation met l'observateur à l'abri de la supercherie et de la simulation; 2^o au point de vue physiologique, parce qu'ils peuvent aider à la solution des problèmes les plus intéressants.

6^o *Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques; par MM. Charcot et Paul Richer (n° 16).*

La contracture produite sous l'influence de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire présente quelques caractères particuliers. Elle est le plus souvent très intense. Elle résiste aux efforts les plus énergiques par lesquels on cherche à modifier l'attitude du membre contracturé, mais l'excitation mécanique, même légère, portée sur les muscles antagonistes, la fait céder comme par enchantement.

Lorsque la contracture n'est pas détruite pendant le sommeil et qu'on vient à réveiller la malade, il peut arriver : 1° que la contracture ne persiste pas et s'évanouisse avec le sommeil; 2° que la contracture persiste après le réveil, mais à la condition que la malade, cataleptisée, ait été réveillée dans cet état; 3° que la contracture persiste, quel que soit l'état de la malade au moment où on l'éveille.

Les contractures artificielles ainsi produites présentent les plus grandes ressemblances avec la contracture hystérique permanente. La friction des antagonistes est alors impuissante, et pour faire disparaître la contracture, il est nécessaire de plonger de nouveau la malade dans le sommeil hypnotique, pendant lequel la friction des antagonistes recouvre toute son efficacité.

La contracture provoquée est parfaitement susceptible de transfert sous l'influence de l'aimant, non seulement lorsqu'elle atteint tout un segment de membre, mais encore lorsqu'elle est localisée à un groupe de muscles.

L'anémie d'un membre obtenue par l'application de la bande d'Esmarch chez des malades en état de catalepsie, empêche l'hyperexcitabilité neuro-musculaire de se manifester, ainsi que l'ont démontré MM. Brissaud et Ch. Richet. C'est ainsi qu'en malaxant les muscles d'un membre anémié chez une malade en léthargie hystérique provoquée, on n'arrive pas à modifier la résolution des muscles. Mais, à peine le cours du sang est-il rétabli, que, sans nouvelle excitation, la contracture s'établit d'elle-même. Tant que le membre demeure privé de sang, la contracture provoquée par l'excitation mécanique existe en quelque sorte à l'état latent. Cette contracture latente, de même que la contracture effectuée, peut être transférée par l'aimant au membre du côté opposé, non plus à l'état latent mais d'une façon manifeste et réelle, parce que de ce côté, l'intégrité de la circulation lui permet de se produire.

7° *De l'électricité statique particulièrement dans ses applications au traitement de l'hystérie*, leçon de M. Charcot, recueillie par G. Ballet (nos 47, 48).

Après quelques préliminaires relatifs à certains points de l'hypnotisme chez les hystériques, et à l'action de certains agents aësthiogènes, tels que les plaques de métal et l'aimant, l'auteur aborde l'objet réel de la leçon, les effets de l'électricité statique.

Les différences qui existent, au point de vue des effets phy-

siques, entre l'électricité de source statique, galvanique et faradique, se retrouvent au point de vue des effets physiologiques et thérapeutiques. La machine électrique employée à la Salpêtrière est celle de Carré modifiée par M. Vigouroux.

Les malades, placées sur des tabourets isolants mis en rapport avec la machine, sont plongées dans un véritable bain électro-statique. L'électricité s'échappe de tous les points de la surface du corps, surtout par les parties saillantes, les cheveux, le bout des doigts, etc. Il en résulte des sensations spéciales, picotement général, toile d'araignée flottant sur le visage, vent soufflant aux extrémités. En outre, la perspiration cutanée est augmentée, la digestion est activée et la station sur le tabouret électrique communique fréquemment aux malades un appétit prononcé.

A l'aide d'excitateurs, terminés en forme de pointe ou de boule, on peut localiser la décharge qui s'opère d'une façon lente et continue chez les personnes abandonnées à elles-mêmes sur le tabouret. Si l'on approche l'excitateur à une distance de 45 ou 20 centimètres de la surface cutanée, la malade éprouve la sensation d'un courant frais ou tiède : c'est ce qu'on peut appeler le *vent électrique*.

A 6 ou 8 centimètres, la sensation est plus vive et revêt le caractère de piqûres multiples. En même temps, de l'extrémité de l'excitateur part un pinceau de fines stries lumineuses qui va en s'élargissant à la surface cutanée : c'est l'*aigrette*.

Enfin, à une distance plus faible encore, et en se servant de préférence de l'excitateur à boule, on obtient l'étincelle qui provoque souvent au moment où elle se dégage, un soubresaut du membre, et détermine un sentiment de piqûre assez pénible. En opérant sur une partie découverte, on constate une brusque contraction du muscle sous-jacent.

Les procédés de détail auxquels on peut avoir recours dans l'application de l'électricité statique, sont donc au nombre de quatre, le simple séjour dans le bain électrique, le vent, l'aigrette et enfin l'étincelle. On combine généralement ces différents procédés.

Une malade, atteinte d'une contracture hystérique de l'avant-bras gauche, avec flexion des doigts, de la main et de l'avant-bras, et chez laquelle cette contracture, une première fois guérie à l'aide de l'aimant, ne s'est reproduite qu'au bout de deux ans, est placée sur le tabouret. Au moyen du vent électrique, on arrive très facilement à provoquer une contracture

artificielle de l'avant-bras droit, en même temps que la contracture de l'avant-bras gauche, sans disparaître entièrement, comme cela a lieu dans le transfert provoqué par l'aimant, se relâche dans une certaine mesure.

Chez des hystériques hémianesthésiques ou totalement anesthésiques, les effets produits sont les suivants. S'il s'agit d'une anesthésie totale, au bout de quelques minutes, l'anesthésie se prononce du côté où elle est habituellement prédominante, tandis que la sensibilité réapparaît au contraire du côté où l'anesthésie est habituellement le moins marquée; puis, après quelques instants, l'anesthésie change de côté, il y a transfert; enfin, après 20, 25, 30 minutes, la sensibilité, tant spéciale que générale, est revenue sur toute l'étendue du corps. S'il s'agit d'une hémianesthésique, les choses se passent de la même façon, sauf que la première phase de l'opération fait défaut.

Une hystérique qui a recouvré la sensibilité par ce procédé reste sensible pendant plusieurs heures et même plusieurs jours; du reste, on peut maintenir les choses en l'état, en répétant les séances d'électrisation à intervalles rapprochés, tous les jours par exemple.

Il n'est pas sans utilité de ramener ainsi la sensibilité chez une hystérique, car l'expérience a appris que ces malades sont momentanément guéries, tant qu'elles ne sont plus anesthésiques; par exemple, elles cessent d'être hypnotisables, et souvent l'excitation des points hystérogènes ne détermine plus d'attaques.

Les faits précédents suffiraient, à eux seuls, pour légitimer les efforts tentés en vue de restituer à l'électricité statique une place à laquelle elle a certainement droit parmi les agents thérapeutiques non seulement lorsqu'il s'agit d'hystérie, mais aussi dans certains cas de paralysie faciale périphérique, de paralysie agitante, etc.

8° Deux cas de paralysie pseudo-syphilitique traités par les esthésiogènes (aimant, électricité statique, diapason); par MM. C. Mauriac et R. Vigouroux (n° 19, 20, 21, 22).

9° Sur la question des centres psycho-moteurs; par J. Pasternatzky (n° 21).

10° Coxalgie hystérique guérie par l'aimant; par le Dr Brachet (d'Aix-les-Bains) (n° 30).

Dr E. Régis.

JOURNAUX AMÉRICAINS

Journal of nervous and mental disease.

1880.

NUMÉRO DE JANVIER.

Variétés et causes de la névrasthénie, leçon faite au collège médical de Chicago; par le Dr J. S. Jewell.

Le terme, peu usité chez nous, de névrasthénie correspond à peu près à ceux de nervosisme et de névropathie protéiforme. Il désigne cet état de faiblesse et d'irritabilité nerveuse qui, sans être encore à proprement parler la maladie, constitue le terrain commun sur lequel se développent les diverses névroses. — Dans des leçons précédentes, le professeur en a étudié les symptômes et la physiologie pathologique; il va présentement s'occuper de ses causes, et, à ce point de vue, il divise les névrasthénies en six groupes qu'il étudie successivement.

1° *N. héréditaire ou diathésique*. C'est là la névrasthénie type. Elle est représentée par des individus qui, pendant toute la durée de leur existence, restent dans un état de nutrition nerveuse inférieure à la moyenne, et chez lesquels la puissance et la résistance, aussi bien des forces physiques que des facultés mentales, sont affaiblies, tandis que la sensibilité est exagérée. En raison de son caractère héréditaire, cet état est absolument incurable, et le rôle du médecin consiste surtout à l'empêcher de s'aggraver et à prévenir des complications toujours menaçantes. Il y parviendra surtout en faisant observer les règles d'une sage hygiène; mais, dans ces cas, l'hygiène physique n'est peut-être pas la plus importante. Il devra aussi prendre l'autorité nécessaire pour imposer tous les ménagements indispensables à ces sujets qui sont peu aptes à une vie active, leur mesurer la tâche qu'ils peuvent entreprendre sans danger et leur indiquer les occupations compatibles avec leur débile organisation. Celui qui saura heureusement résoudre ces problèmes délicats pourra rendre de grands services, et il en trouvera fréquemment l'occasion, car, d'après l'opinion de l'auteur, cette forme de névrasthénie devient de plus en plus fréquente.

2° *N. dyspeptique*. Tous les troubles digestifs, quels que soient leur cause, leur nature et leur siège, peuvent déterminer la névrasthénie; ce qui est dû, soit à ce que le système nerveux

ne trouve plus dans le sang que des éléments de réparation insuffisants, altérés ou même toxiques, soit à une action réflexe qu'expliquent les nombreux rapports anatomiques et physiologiques des organes de la digestion avec les systèmes ganglionnaire et central. Chaque fois donc que des signes de débilité nerveuse se présenteront à l'observation, on devra interroger avec soin les organes digestifs.

3° *N. assimilative ou trophique.* Sous cette désignation l'auteur comprend des cas dans lesquels des troubles nerveux divers et variables coïncident avec un état de la santé générale qui paraît satisfaisant. Le sang n'est pas appauvri, mais il semble que, s'il peut fournir aux tissus inférieurs les éléments nécessaires à leur réparation, il n'en soit plus de même pour ceux d'un ordre plus élevé et surtout pour le tissu nerveux. Cette forme de névrasthénie est incurable comme les héréditaires et peut être héréditaire elle-même.

4° *N. génito-urinaire.* Extrêmement commune surtout chez la femme; tend du reste à se multiplier de plus en plus dans les deux sexes.

5° *N. par excès de fatigue ou d'excitation.*

6° *Maladies dans lesquelles la N. entre comme facteur principal.* Ce sont en première ligne l'hystérie, puis la chorée, la mélancolie, les différentes formes de névralgie et enfin l'irritation spinale. — Nous sommes ici tout à fait en dehors des considérations étiologiques qui nous avaient guidé jusqu'à présent. Ce n'est pas, en effet, l'hystérie, pas plus que la chorée ou la mélancolie, qui sont cause de la névrasthénie; elles en sont bien plutôt le résultat. Ce sixième groupe n'a donc aucune analogie avec les précédents et n'eût pas dû en être rapproché.

Nous avons seulement indiqué les principaux traits de cette étude qui ne manque ni d'intérêt ni même d'originalité. Du reste les médecins américains s'occupent beaucoup de la névrasthénie depuis quelques années. Il en est même, paraît-il, qui s'imaginent l'avoir découverte et qui la considèrent comme un produit spécial à leur continent. On ne saurait trop regretter pour le nôtre que leur erreur ne soit pas moins complète sur le second de ces points que sur le premier.

Dosage de l'électricité; par le Dr George Beard.

Les méthodes ordinairement employées pour doser les médicaments n'étant pas applicables à l'électricité, l'auteur a dû chercher ailleurs la solution du problème qu'il s'était posé.

D'après lui, le dosage de l'électricité est la résultante complexe de 1^o la force du courant; 2^o la durée de l'application; 3^o la qualité de l'application (grandeur des électrodes, etc.); 4^o la méthode de l'application (générale, centrale ou locale); 5^o la situation des pôles; 6^o le tempérament du malade. — Il considère du reste qu'il est impossible d'apporter une précision mathématique dans l'usage de cet agent et que, dans la plupart des cas, la sensibilité du patient est, encore le meilleur guide.

Contribution à l'étude des localisations cérébrales; par le
D^r R. W. Amidon.

Les conclusions de ce travail sont basées sur six observations de lésions cérébrales dues à des causes et occupant des sièges divers. Les résultats des nécropsies n'ont pas toujours répondu à ce que pouvaient faire attendre les phénomènes observés pendant la vie. Cependant, d'une façon générale, ces faits tendent à prouver que le cerveau doit bien réellement être divisé en deux grandes régions, l'une excitable ou motrice (région pariéto-frontale), l'autre non excitable (région occipitale, temporo-sphénoïdale et frontale).

L'auteur estime que la localisation des effets produits par des lésions destructives ou irritatives dans les régions motrices est parvenue (grâce aux travaux de Ferrier et de l'école française) au plus haut degré de perfection qu'elle puisse atteindre. La disposition des circonvolutions chez l'homme n'est pas, en elle-même, invariable au point de permettre la détermination absolument précise du siège de tel ou tel centre de mouvements.

Observation d'un cas de méningite tuberculeuse avec indication des températures crâniennes; par le D^r Mary Putnam-Jacobi.

Décussation des fibres d'arrêt dans la moelle épinière; par les
D^{rs} Isaac Ott et Meade Smith.

Etude de physiologie expérimentale sur l'innervation des muscles
sphincters de l'anus et du vagin.

Esprit, folie et criminalité; par le D^r J. L. Teed.

Dans des travaux précédents, l'auteur a étudié la nature, l'origine et le développement de l'esprit. Cette étude en est la suite; elle renferme sur les sujets indiqués par le titre, et sur d'autres encore, des considérations trop générales pour se prêter aisément à l'analyse.

Observation d'un cas de paralysie du muscle grand dentelé droit ;
par le Dr Henri Banga.

De la folie émotive, au point de vue médico-légal. Lecture faite à la société philosophique de Chicago; par le Dr H. M. Bannister.

La désignation de folie émotive pourrait s'appliquer à tous les cas dans lesquels les facultés affectives sont troublées, tandis que l'intelligence reste saine ou n'est affectée que secondairement. Un grand nombre de malades et principalement de mélancoliques seraient alors compris dans ce cadre. L'auteur n'a pas eu l'intention d'aborder un aussi vaste sujet, et il veut se borner à des considérations sur les impulsions morbides, sur la folie morale et sur certaines formes de folie épileptique et transitoire.

Après une longue étude destinée à démontrer, d'abord la possibilité, puis la réalité de l'existence de ces formes vésaniques, nous arrivons enfin aux questions médico-légales dont l'examen constitue la partie la plus intéressante de ce travail.

Qu'est-ce que la folie au sens légal ? Une chose très différente malheureusement de ce qu'elle est au sens médical. La plupart des légistes entendent sous ce nom un état dans lequel le sujet est absolument irresponsable de ses actes. Pour le médecin au contraire, la responsabilité est infiniment variable, et elle existe à des degrés divers chez presque tous les aliénés. De cette différence dans la manière de comprendre les termes naissent les plus fréquents et les plus fâcheux malentendus entre les médecins et les juges.

La folie morale est particulièrement intéressante à considérer dans ses rapports avec la responsabilité. Pour constituer un crime, au point de vue moral, trois éléments sont nécessaires : 1^o la connaissance du bien et du mal ; 2^o la possibilité de contrôler sa conduite ; 3^o enfin, le sens moral, c'est-à-dire le sentiment du devoir de faire le bien, même lorsqu'il se trouve en opposition avec nos penchants ou nos intérêts. De ces trois conditions, la dernière seule fait défaut aux malades dont nous parlons. Ils n'ont pas le sentiment de la responsabilité morale, mais ils connaissent aussi bien que personne les conséquences prochaines ou même éloignées de leurs actes, et la crainte de ces conséquences est seule capable de les arrêter. Si donc l'objet du châtiment est la prévention de nouveaux crimes, il n'existe pas des criminels pour lesquels il soit plus nécessaire. — D'autres

considérations s'appliquent aux épileptiques, aux cas de folie impulsive ou transitoire. Souvent il est difficile, impossible même d'établir nettement quelle était la situation mentale de l'accusé au moment du crime, et conséquemment la part de responsabilité qui lui incombe. Dans ces cas embarrassants, il n'existe actuellement pas de milieu entre la condamnation et l'acquittement. Il faut, ou bien laisser un criminel impuni, ou bien infliger à un malade un châtiment excessif.

L'auteur pense que la protection de la société exige que tous les aliénés qui ont commis des crimes soient enfermés pour la vie. Ceux qui sont complètement irresponsables (de beaucoup les moins nombreux) peuvent être laissés dans les asiles ordinaires. Pour les autres, qui seuls méritent vraiment le nom de fous criminels, des dispositions particulières seraient nécessaires; et il demande la création d'une asile spécial où ces malades seraient gardés et soignés selon les exigences de leur situation.

— Il n'est pas besoin de faire ressortir l'intérêt et la gravité des questions soulevées dans ce travail. Celle des responsabilités partielles a récemment encore été discutée chez nous et des opinions très diverses ont été émises. L'accord n'existe pas davantage au sujet des mesures à prendre pour protéger la société contre les crimes que commettent les aliénés. Le plus grand nombre peut-être des aliénistes et des magistrats pense que la séquestration doit cesser quand le malade est guéri. Mais l'opinion du médecin américain trouverait cependant des défenseurs parmi des hommes qui doivent à leurs lumières et à une longue expérience la plus incontestable autorité. Ils pensent que les formes d'aliénation qui fournissent les malades dits criminels ne sont pas susceptibles de guérison, ou au moins de guérison durable, et que le seul moyen de prévenir de nouveaux malheurs est de ne jamais se départir de la plus stricte surveillance.

NUMÉRO D'AVRIL.

De la coïncidence de la névrite optique avec la myélite transverse sub-aiguë; par le D^r E. C. Seguin.

Cette coïncidence est extrêmement rare. L'auteur, qui a eu occasion d'en observer deux cas, la considère comme accidentelle et n'admet aucun rapport de filiation pathologique entre les deux affections.

Nature et traitement de l'insomnie. Leçon faite au collège médical de Chicago; par le Dr Jewell.

Avant de rechercher les causes de l'insomnie et les moyens de la combattre, il est rationnel de se demander comment et par quel mécanisme se produit le sommeil.

Des nombreuses théories émises à ce sujet, deux seulement sont à retenir : celle qui l'attribue à l'anémie cérébrale, et celle qui l'explique par l'action sur le cerveau des éléments de dénutrition, et particulièrement de certains acides qui, introduits dans le sang sous l'influence de l'activité de cet organe, exerceraient sur lui un effet hypnotique.

Ni l'une ni l'autre de ces théories ne satisfait complètement l'auteur, et il essaie de les combiner pour en former une nouvelle qui rende mieux compte des phénomènes. Pour lui, le sommeil est dû à des modifications soudaines de la circulation qui se produisent dans les régions sensibles de l'écorce cérébrale, lesquelles sont le siège de la perception et des émotions et, à ce titre, jouent relativement aux autres parties du cerveau le rôle d'excitateur. Les vaisseaux qui les alimentent se contractant brusquement, une diminution considérable de l'afflux du sang en est la conséquence. De là, cessation de leur activité et par suite, perte de la sensibilité et de la conscience.

Mais ce n'est pas spontanément que ces vaisseaux se contractent ; il faut poursuivre la cause de leur action dans celle des vaso-moteurs et dans les centres où les nerfs prennent naissance, c'est-à-dire très probablement dans la moelle allongée et dans la portion cervicale de la moelle épinière.

Une dernière question reste à résoudre, celle de savoir sous quelle influence les cellules d'origine des vaso-moteurs entrent en jeu. C'est ici qu'intervient la théorie de la fatigue cérébrale, des effets produits par le sang chargé des éléments de la dénutrition. Les cellules de l'écorce éprouvent sous l'influence du sang, ainsi modifié dans sa composition, une irritation d'une nature spéciale qui se transmet aux centres vaso-moteurs et détermine ainsi par action réflexe l'anémie des régions sensibles. — C'est donc le cerveau lui-même qui agit sur le cerveau.

— Cette théorie ressemble beaucoup à celle que l'auteur a donnée, dans un travail précédent, du mécanisme de la perte de connaissance dans l'épilepsie. Il trouve du reste qu'il y a un rapport frappant entre ces deux états, l'épilepsie et le sommeil,

auquel il compare aussi la syncope, au point de vue de la soudaineté avec laquelle se produit la perte de connaissance. Cette analogie nous semble bien contestable. Si, en effet, chez certains sujets et dans des conditions particulières, les choses peuvent se passer comme il l'indique, c'est assurément l'exception plutôt que la règle, et il n'est pas douteux que le plus souvent le passage de la pensée au rêve et de la veille au sommeil se fait par une transition graduelle et plus ou moins lente. Mais il y aurait peu d'intérêt à discuter une théorie dont l'auteur ne nous dissimule pas le caractère hypothétique. Voyons les conséquences qu'il en tire pour la physiologie pathologique et le traitement de l'insomnie.

Si nous laissons de côté celle qui est due à des causes accidentelles, telles que souffrances ou émotions vives, bruits inaccoutumés, etc., nous trouvons que cet état morbide est lié à des conditions particulières du cerveau et de la circulation cérébrale. Tantôt il y a hyperémie, tantôt au contraire il y a anémie, et cette différence nous conduit à diviser les cas d'insomnie en deux groupes qu'il faut considérer isolément.

Puisque le sommeil est produit par une diminution dans la quantité du sang qui arrive au cerveau, ou du moins à certaines de ses parties, on conçoit que la condition opposée (quelle qu'en soit d'ailleurs la cause) détermine l'insomnie. C'est en effet ce que prouve l'observation. Souvent cet état s'accompagne de signes de congestion céphalique, et il cède sous l'influence des moyens capables de la faire cesser : bromures, ergot de seigle, pédiluves chauds, applications froides sur la tête.

Mais il y a d'autres cas, et ce ne sont pas les moins nombreux, où l'insomnie se rencontre chez des anémiques. Pour l'expliquer, l'auteur invoque un état particulier d'irritabilité du cerveau, en vertu duquel la fatigue de cet organe, au lieu de donner naissance à la série de phénomènes que nous avons vu aboutir à l'anémie qui produit le sommeil, devient la cause de réactions désordonnées et presque inflammatoires. Cette irritabilité, qui est le plus souvent la conséquence d'un état d'affaiblissement général de l'économie, existe quelquefois en dehors de ces conditions. Les meilleurs moyens pour la combattre sont les hypnotiques et surtout le chloral. S'il y a débilité, anémie, il faut avoir recours à tous les moyens capables de relever la nutrition.

— Il y a, de l'aveu de l'auteur, encore beaucoup d'hypothèses dans ces vues sur les causes de l'insomnie. Sans préjuger la

question de savoir si, comme il le pense, les recherches à venir démontreront leur vérité, on peut, pour le présent, regretter qu'elles ne lui aient pas suggéré d'idées thérapeutiques bien nouvelles. Il est connu, en effet, depuis longtemps que les hypnotiques ne sont guère autre chose qu'un palliatif, et que c'est aux modificateurs de la circulation et surtout de la nutrition qu'il faut s'adresser pour combattre l'insomnie rebelle. Nous ne trouvons donc, en résumé, dans cette étude qu'une théorie ingénieuse mais conjecturale et qui n'ajoute rien de positif à nos connaissances.

Myélite subaigue des cornes antérieures avec sclérose localisée des cordons latéraux et postérieurs; par le D^r J. C. Shaw.

Architecture et mécanisme du cerveau; par le D^r E. Spitzka.

Continuation d'un très long et très important travail qu'il est malheureusement impossible de résumer.

Observation d'atrophie faciale progressive avec remarques sur la pathologie de cette affection; par le D^r W. Hammond.

Après avoir rapporté l'observation d'une jeune fille atteinte de cette affection, l'auteur se demande quelle est la lésion anatomique qui détermine l'atrophie. La question est d'autant plus difficile à résoudre que, jusqu'à présent, on n'a pas encore eu l'occasion de faire l'autopsie de sujets affectés de cette maladie.

Il rappelle et discute les diverses hypothèses émises par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Celle qui lui paraît la plus probable est que, dans ce cas, comme dans ceux d'atrophie musculaire progressive et de paralysie spinales, la lésion réside dans les noyaux d'origine des nerfs moteurs, et probablement dans les cellules trophiques dont la réunion avec les cellules motrices forme ces noyaux. Ce sont ceux du facial, du spinal et de l'ypoglosse qui seraient alors affectés.

Vitesse de la perception des lumières colorées; par le D^r Isaac Ott et M. Prendergast, étudiant en médecine.

Les auteurs ont fait une série de recherches dans le but d'établir quel est le temps nécessaire pour percevoir et distinguer les différentes couleurs, et particulièrement le rouge, le bleu et le vert. D'après eux, le rouge est la couleur la plus rapidement perçue, puis le vert et enfin le bleu. Ces résultats, s'ils étaient bien acquis, pourraient être utilisés pour le choix

des signaux. Mais l'accord est loin d'exister entre les différents expérimentateurs qui ont étudié cette question.

Périencéphalite ; par le Dr Baxter Emerson.

Importance de la situation de la scissure de Rolando comme indice du degré d'intelligence des animaux; par le Dr S.-V. Clevenger.

Cet article contient d'assez longues considérations sur l'anatomie et la physiologie comparées du cerveau. Quant à l'idée principale indiquée par le titre, elle peut se résumer dans les deux propositions suivantes :

1^o Plus la région psycho-motrice de l'écorce cérébrale est étendue, comparativement à la région sensitive, plus l'intelligence de l'animal est développée.

2^o La scissure de Rolando peut être considérée comme représentant assez exactement la limite qui sépare ces deux régions.

La situation de cette scissure varie beaucoup selon les différentes espèces animales. — Elle n'est pas non plus invariable chez l'homme. Sur des cerveaux d'idiots, on la trouve quelquefois à la place qu'elle occupe normalement chez les singes ou chez les chiens; toujours d'autant plus en avant que la dégradation intellectuelle est plus prononcée.

NUMÉRO DE JUILLET

Études microscopiques sur un abcès du cerveau;
par le Dr H.-G. Beyer.

Études microscopiques sur le système nerveux central des reptiles et des batraciens; par le Dr John Mason.

Spasme rotatoire nocturne, par le Dr M. Putman-Jacobi.

Le sujet est un enfant âgé de trois ans, bien portant d'ailleurs, qui depuis dix-huit mois présente, lorsqu'il est endormi des oscillations rythmiques, lesquelles bornées d'abord à la tête, se sont étendues à une partie du tronc et s'accompagnent parfois d'un léger cri. — L'auteur a recherché, à l'occasion de ce fait, les cas plus ou moins analogues publiés précédemment. Un certain nombre sont rapportés aux groupes des affections choréiques ou choréiformes, d'autres à l'épilepsie. La suppression absolue des symptômes quand l'enfant est éveillé et leur manifestation pendant le sommeil, suffisent pour faire exclure la chorée. Il est donc probable que c'est d'une névrose épileptique qu'il s'agit, et on peut craindre que l'évolution ulté-

rieure de la maladie ne donne lieu à des symptômes plus caractéristiques et plus graves.

Contribution à l'étude des maladies mentales et nerveuses, avec observations montrant les résultats du traitement; par le Dr Edward Mann, médecin de la maison de retraite de Sunnyside.

Cet article est divisé en deux parties. La première est consacrée à la dipsomanie, la seconde à l'habitude de l'opium. L'auteur étudie la nature, les symptômes et le diagnostic de la dipsomanie. Il fait un tableau saisissant de l'état d'épuisement physique et de dégradation morale, dans lequel tombent les sujets qui font un usage habituel de l'opium à hautes doses. Ne pouvant le suivre dans les détails de cette longue étude, nous nous occuperons seulement du traitement qu'il a institué et qui est à peu près le même dans les deux cas.

Malgré des différences, d'ailleurs très considérables, les deux classes de malades dont il s'occupe ont pour caractère commun et essentiel l'affaiblissement et l'irritabilité du système nerveux. Les indications principales à remplir sont donc identiques; il faut calmer l'excitation et relever les forces.

Avant tout, il est nécessaire de faire disparaître la cause du mal, c'est-à-dire de supprimer l'usage des alcooliques ou celui de l'opium. A cet égard toutefois, une différence importante est à noter. Tandis que les alcooliques sont supprimés complètement d'emblée, la dose de l'opium est au contraire graduellement réduite, de façon à n'arriver à la suppression totale qu'au bout de dix à douze jours. La privation des stimulants habituels est ordinairement suivie d'une exaspération des phénomènes d'excitation nerveuse qu'il faut combattre par l'emploi de bains tièdes et de calmants, dont le choix devra être déterminé par la nature des accidents.

La seconde indication est de modifier la nutrition générale et surtout celle du système nerveux. Dans ce but, les médicaments les plus efficaces sont l'huile de foie de morue et le phosphore que l'auteur associe souvent; il a aussi obtenu de bons effets de la quinine et des préparations de noix vomique.

Mais il est un agent dont la puissance reconstituante est, selon lui, bien supérieure à celle de tous les autres, c'est l'électricité. La plupart des médicaments sont plutôt des stimulants que de véritables toniques nerveux. L'électricité, au contraire, a une action directe sur les phénomènes intimes de la

circulation et de la nutrition des tissus même les plus profondément situés et particulièrement de ceux qui constituent le système nerveux. Nous pouvons, grâce à elle, leur rendre leur constitution normale et par conséquent leurs propriétés. Le mode d'application employé par l'auteur consiste à placer le pôle négatif à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale ou au creux épigastrique, tandis que le pôle positif est à la tête ou bien à la région cervicale. Les séances durent de quinze à vingt minutes et sont parfois répétées deux fois par jour. Dans la plupart des cas, il emploie les deux ordres de courants et ne semble pas établir de différence essentielle entre leurs modes d'action.

L'auteur rapporte plusieurs observations, prises parmi le grand nombre de celles qui lui ont démontré l'efficacité de ce mode de traitement. L'un des malades guéris de dipsomanie a dû être soigné pendant six mois. Pour l'habitude de l'opium la durée moyenne du traitement n'est que de un mois à six semaines. Au bout de ce court espace de temps, le malade est guéri et peut être rendu à sa famille et à ses affaires. Il a rajeuni de vingt ans, nous dit-on, et gagné en poids de quinze à vingt-cinq livres.

Ces résultats sont vraiment merveilleux et bien de nature à faire affluer à Sunnyside tous les morphiomanes du monde.

Persistance des éléments somatiques pendant la vie; par le Dr John Stuart Woodside.

S'il est une opinion à peu près universellement admise, c'est que les éléments qui constituent nos tissus subissent sans cesse des modifications qui, au bout d'un temps plus ou moins long, amènent leur disparition et leur remplacement par des éléments nouveaux. Les termes de *désintégration des tissus*, de *transformations moléculaires*, d'*assimilation destructive*, que nous rencontrons à chaque instant, expriment et consacrent cette croyance.

Au risque de se faire accuser de paradoxe, l'auteur veut cependant faire remarquer les conséquences qu'elle entraîne. D'abord, il est difficile de concilier la mémoire et la conscience de l'identité personnelle et persistante avec la mutabilité incessante des cellules cérébrales; aussi les métaphysiciens se font-ils de cette difficulté un argument pour soutenir la séparation absolue de l'âme et du corps. Les théologiens pourraient également trouver dans cette théorie une excellente explication de

la longévité extraordinaire de Mathusalem et des autres patriarches. Si, en effet, de jeunes éléments viennent continuellement et indéfiniment remplacer ceux qui ont vieilli, pourquoi l'homme ne conserverait-il pas indéfiniment sa vie et aussi sa jeunesse et sa vigueur?

Des objections d'un autre genre peuvent encore être soulevées; et l'auteur insiste surtout sur la persistance des caractères du talouage qu'on ne peut raisonnablement expliquer, dit-il, en supposant que l'imprégnation des tissus par un corps étranger, habituellement cause de leur élimination, exercerait sur eux dans ce cas une action conservatrice.

Mais que sont donc les actes intimes de la nutrition, s'ils ne consistent pas dans le départ et le renouvellement incessant des éléments? L'auteur tente de les expliquer par une sorte d'action catalytique. D'après lui, le liquide nourricier pénètre toutes les parties d'une cellule, et, par une osmose élective, il lui cède les principes qui doivent entretenir sa force et sa vie; puis il en sort chargé de substances excrémentielles dont la nature varie avec celle de la cellule. Le processus d'assimilation et de désassimilation aurait lieu de la sorte dans l'intérieur des éléments sans toucher à leur structure. Herbert Spencer a exprimé à peu près la même idée, en disant que les modifications moléculaires ne sont pas destructives mais probablement isomériques.

Psychoses de la fièvre syphilitique secondaire; par le Dr James Kiernan.

L'auteur rapporte quatre cas, dans lesquels des troubles intellectuels se sont produits sous l'influence d'accidents secondaires accompagnés de fièvre. Ces observations et l'étude des travaux déjà publiés sur le même sujet l'ont conduit à des conclusions dont voici les plus importantes:

1^o La fièvre secondaire peut donner lieu à des symptômes d'ordre mental;

2^o Ces symptômes sont analogues à ceux que déterminent l'alcool, les narcotiques et les fièvres essentielles;

3^o Les onctions mercurielles sont le meilleur moyen de les combattre;

4^o Il n'y a pas lieu de faire un groupe spécial des psychoses syphilitiques.

Contributions à l'anatomie de l'encéphale; par le Dr E. Spitzka.
Sur le cerveau de l'iguane.

Société névrologique américaine.

Sixième réunion annuelle.

Cette réunion a eu lieu à New-York, au mois de juin 1880, sous la présidence du Dr Miles. Une quinzaine de membres environ y ont assisté, parmi lesquels nous trouvons les noms de la plupart des collaborateurs habituels de cette revue. MM. Hammond, père et fils, Jewell, Spitzka, Beard, Séguin, etc. Les matières traitées dans les diverses séances sont beaucoup trop nombreuses pour qu'il soit possible d'en donner le compte rendu. Il faudra nous borner à un coup d'œil très sommaire sur quelques-uns de ces travaux.

— Le Dr Hammond appelle l'attention de ses collègues sur les troubles intellectuels avec hallucinations, qu'il a eu occasion d'observer chez un malade atteint de myxœdème. Cette affection est caractérisée anatomiquement par le dépôt d'une substance mucoïde dans différents tissus et spécialement dans la peau. Les phénomènes observés par M. Hammond le portent à penser que le cerveau peut être aussi envahi par ces productions morbides.

— Le Dr Webber a remarqué que les personnes qui ne boivent pas suffisamment à leurs repas, sont sujettes à des troubles divers, vagues, qu'on rapporte souvent à l'hystérie ou à l'hypochondrie. Pour lui ces symptômes sont le résultat de l'action produite sur le cerveau par le sang que des sécrétions insuffisantes ne débarrassent pas des produits de la désassimilation. Le remède tout naturellement indiqué est d'engager le malade à ingérer une quantité plus considérable de liquides, et les observations de l'auteur, appuyées de celles du Dr Beard, tendent à prouver que ce moyen suffit dans bien des cas pour faire disparaître les maux nerveux.

— Le Dr Beard fait une communication des plus intéressantes sur une épidémie d'un genre tout particulier qui existe depuis longtemps dans les Etats voisins du Canada, où elle est connue sous le nom de maladie des sauteurs, ou des sauteurs français du Maine, bien que les Français ne soient pas seuls à en être atteints. Le phénomène principal, celui d'où vient le nom donné à la maladie, consiste dans un saut ou un bond qu'exécutent involontairement ceux qui en sont atteints, lorsqu'on le leur ordonne, ou bien lorsqu'ils sont surpris par un bruit ou un attouchement inattendu. Mais là se bornent pas les symp

plômes de cette affection. Non seulement les malades sautent, mais ils frappent quand on leur dit de le faire, et l'impulsion est tellement irrésistible qu'on en a vu sauter dans l'eau ou dans le feu, ou bien frapper leur meilleur ami. En même temps, ils répètent involontairement les paroles qu'on a prononcées. Le Dr Beard rapporte plusieurs faits dont il a été témoin. Lui-même a fait quelques expériences; il a récité des vers de Virgile et d'Homère devant des paysans qui les ont répétés exactement, tout en sautant, frappant et exécutant de violentes contorsions musculaires.

Evidemment ces phénomènes rappellent les épidémies hystériques si communes autrefois et qu'on observe encore de nos jours. Des différences importantes sont cependant à signaler. En premier lieu les malades ne sont pas des femmes nerveuses. Ce sont, pour la plupart, des hommes vigoureux, menant une vie tranquille, occupés à des travaux manuels, et dont le système nerveux n'est aucunement surexcité. En outre, la maladie est héréditaire; elle se manifeste dès l'enfance et dure toute la vie. L'auteur suppose que cette affection peut avoir pour origine une mauvaise et assez singulière habitude qu'ont les habitants du pays où on la rencontre, celle de se chatouiller mutuellement.

— Diverses communications faites par le professeur Hammond, par le Dr G. Hammond et par le Dr Carter Gray sur des points relatifs à l'épilepsie, ramènent à plusieurs reprises la discussion sur ce sujet.

— Beaucoup d'autres travaux, entre autres, une étude du Dr Bartholow sur les phénomènes de transfert des sensations, des recherches microscopiques sur les lésions anatomiques de la myélite par le Dr Webber, des communications sur l'association de la quinine avec les sédatifs nerveux par le Dr C. Gray, sur les propriétés anesthésiques du bromure d'éthyle par le Dr Ott, sur la pachyméningite cervicale par le Dr Gibney, etc., occupent encore la société. On trouvera plus loin les résolutions qu'elle a votées au sujet de la réforme des asiles.

— Le professeur Hammond offre à la société une somme de cinq cents dollars destinée à récompenser la meilleure étude sur les fonctions de la couche optique. Les *Annales* ont publié dans un précédent numéro les conditions du concours qui est ouvert aux savants de toutes les nations.

NUMÉRO D'OCTOBRE.

Plan du système nerveux cérébro-spinal ;
par le D^r S. V. Clevenger.

Etude sur l'anatomie et l'embryologie comparées du système nerveux.

Contributions à la pathologie nerveuse et mentale ;
par le D^r E. Spitzka.

Race et folie. — Dans ce travail qui est la continuation d'une série d'études antérieurement publiées, M. Spitzka, aidé par le D^r Kiernam, alors interne à l'asile de New-York où sont admis beaucoup d'étrangers, a cherché à résoudre, au moyen de tableaux statistiques, quelques-uns des problèmes que soulève la question de la différence des races, au point de vue de leur prédisposition à la folie et aux diverses formes de folie. Voici les conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs :

1^o La mélancolie est considérablement plus fréquente chez les étrangers que chez les nationaux. Pour les premiers, la proportion est de seize sur cent aliénés, tandis qu'elle n'est que de onze pour les autres.

2^o La folie paralytique est moins fréquente chez les races inférieures que chez les supérieures, où une activité mentale excessive est la condition et la conséquence de la civilisation. Les excès génésiques n'ont pas une influence essentielle sur le développement de cette maladie.

3^o La race celtique ne jouit d'aucune immunité particulière à l'égard de cette affection. Elle y est aussi sujette que la race teutonique, lorsqu'elle est placée dans les mêmes conditions.

4^o En résumé, les différentes formes de folie se rencontrent à peu près dans la même proportion chez les races anglo-saxonne, teutonique, celtique et hébraïque. La folie paralytique est plus commune chez les Anglo-Saxons et plus rare chez les nègres. La mélancolie est plus fréquente chez les peuples d'origine germanique. La tendance à la démence terminale est plus prononcée chez les Anglo-Saxons que chez les Germains et chez les Celtes. Les formes héréditaires sont plus communes chez les Juifs.

Contributions à la Psychiatrie ; par le D^r James Kiernam.

4^o *Manie transitoire.* L'auteur discute les objections des médecins qui se refusent à admettre l'existence de cette forme de

folie; et il traduit un article de M. Foville, publié dans les *Annales* de 1877, dans lequel sévère justice est faite des étranges doctrines du Dr Ordonaux. Pour lui, une manie transitoire n'offre rien de plus difficile à accepter qu'une diarrhée et surtout qu'une congestion cérébrale passagère, affections que personne ne songe à mettre en doute. Il pense cependant que cette forme de folie doit être très rare, car, sur plus de trois mille aliénés qu'il a eu occasion d'observer, il n'en a rencontré que deux cas dont il rapporte les observations.

2^e *Folie à deux ou folie communiquée.* — Ce dernier titre est le seul qui convienne aux cas observés par l'auteur et qui, presque tous, se sont passés dans l'intérieur des asiles entre individus déjà aliénés. Une désignation plus exacte encore serait celle de *transmission d'idées délirantes entre aliénés*. Dans toutes ces observations, il y a un agent actif et un ou plusieurs agents passifs. Le premier est le plus souvent un maniaque chronique; le second un malade arrivé à un degré plus ou moins avancé d'affaiblissement intellectuel. Les paralytiques surtout acceptent avec une grande facilité les idées de richesse et des grandeurs de leurs voisins. La conclusion pratique est que la réunion en grandes masses des aliénés tend à développer chez eux des idées délirantes qu'ils empruntent les uns aux autres, et par suite à diminuer leurs chances de guérison.

3^e *De l'emploi de l'ergot de seigle dans le traitement des convulsions de la paralysie générale.* — Les conclusions de ce travail, basées sur de nombreuses statistiques, sont favorables à l'emploi de ce médicament qui, d'après l'auteur, a pour effet de diminuer la longueur et la fréquence des attaques et de prolonger la vie du malade. C'est surtout dans les attaques apoplectiformes que son action est prononcée. Il est encore utile, mais à un moindre degré, dans les crises épileptiformes.

Observation de myélite diffuse aiguë; par les D^{rs} J.-C. Shaw et John Woodside.

Cette affection est survenue dans le cours d'une paralysie générale, et c'est à cause de la rareté de cette complication que les auteurs en ont publié l'observation.

Contribution à l'anatomie de l'encéphale; par le Dr E. Spitzka. Sur le cerveau des ichthyopsides.

Observation de myélite aiguë avec lésions microscopiques remarquables; par le Dr S.-G. Webber.

*Observation de méningo-encéphalite avec symptômes particuliers.
Remarque sur l'importance pathologique des corps de Pacchioni;
par le Dr H.-M. Bannistér.*

Nous laisserons de côté les détails de l'observation qui fait le sujet de ce travail pour retenir seulement les remarques de l'auteur sur le rôle qu'il attribue aux corps de Pacchioni. A l'autopsie du sujet, âgé de vingt-huit ans, ces corps furent trouvés en telle abondance que, des trois médecins qui étaient présents, aucun ne les avait jamais vus si nombreux et si développés. C'est dans leur voisinage, c'est-à-dire près de la scissure médiane, que les lésions de la méningite étaient le plus prononcées.

Le mode d'origine de ces corps et le rôle qu'ils jouent sont encore mal connus. Tandis que Key et Fischer les considèrent comme des productions normales, destinées en raison de leur structure spongieuse à permettre la transsudation des liquides, Ludwig Meyer pense au contraire qu'ils naissent à la suite de désordres produits dans la trame délicate de l'arachnoïde par des modifications brusques dans l'afflux du sang. Ils envahissent ensuite les autres membranes entre lesquelles ils établissent des adhérences, et l'on sait qu'ils pénètrent même dans l'épaisseur des os du crâne. On comprend que leur présence et surtout les adhérences qu'ils déterminent, puissent gêner la circulation et devenir le point de départ de lésions plus ou moins graves. Il n'est pas rare de les rencontrer en grande abondance chez des aliénés même jeunes, tandis qu'habituellement ce n'est que dans un âge avancé qu'ils acquièrent un certain développement. Sur trente-trois sujets chez lesquels L. Meyer les a trouvés plus nombreux et plus volumineux qu'à l'ordinaire, les deux tiers étaient des paralytiques généraux. L'auteur pense qu'on a jusqu'à présent méconnu l'importance du rôle que jouent ces corps comme cause de lésions cérébrales, et que c'est uniquement pour cette raison qu'il en est si rarement fait mention dans les comptes rendus d'autopsie.

— En outre des travaux originaux dont nous venons de rendre compte, la Revue contient sur les livres, sur les mémoires et même sur les articles de journaux ayant trait à l'étude du système nerveux, des analyses ou des notices plus ou moins détaillées selon l'importance du sujet. Nous nous bornerons à

constater d'une façon générale le soin avec lequel cette partie est traitée, et nous appellerons seulement l'attention sur un de ces articles qui offre un intérêt d'un genre particulier.

Traitement des aliénés aux Etats-Unis.

Etude critique sur l'organisation et le fonctionnement des asiles, dont les éléments sont puisés dans une nombreuse série de rapports sur ces établissements pour les années 1877, 1878 et 1879. — L'auteur, considérant ces documents dans leur ensemble, signale d'abord l'insuffisance des asiles comparativement aux besoins de la population pauvre. Cette insuffisance est telle que, d'après lui, il n'y a guère plus de la moitié des aliénés qui reçoivent des soins dans des asiles dignes de ce nom. Le reste, c'est-à-dire *de nombreux milliers*, est laissé à la charge des familles, ou bien traîne une existence misérable dans des hospices ou des prisons. Les asiles nouvellement construits sont de coûteux édifices, où l'on entasse indifféremment les malades curables et les incurables, les cas aigus et chroniques. Il demande qu'on réserve les asiles proprement dits pour ceux qui réclament une surveillance et des soins spéciaux et qu'on construise à bon marché des bâtiments plus modestes, mais toutefois appropriés aux besoins des incurables.

Il s'occupe ensuite du mode de nomination des médecins, dont le choix, dit-il, est déterminé dans la grande majorité des cas par des considérations politiques, bien plus que par le mérite et les titres scientifiques des candidats. Le comité chargé de les nommer est presque toujours composé d'hommes d'affaires et de politiciens, et, s'il arrive qu'il veuille bien tenir compte de quelque chose autre que des lettres de recommandation dont ceux qui sollicitent ses suffrages sont habituellement chargés de la part de magistrats, de membres du congrès et d'autres personnages influents, ce sera presque toujours leur aptitude aux affaires et non leur valeur scientifique qu'il recherchera. Ce qu'on demande en effet aux superintendants des asiles, c'est surtout une habile administration au point de vue matériel des intérêts de l'établissement. Ils ont bien sous leur direction un économe, qui, généralement, est plutôt un commis qu'un fonctionnaire indépendant, bien qu'il soit responsable devant le conseil d'administration; mais ce n'en est pas moins à eux qu'incombe le soin d'ordonner et même de surveiller toutes les affaires de quelque importance.

Que peut-on attendre, au point de vue médical et scientifique, d'hommes choisis et occupés comme nous venons de le voir? Leurs connaissances ne s'élèvent généralement guère au-dessus de celles d'un infirmier intelligent. Ils sont incapables de rédiger une observation complète et d'utiliser, pour le diagnostic et le traitement, les moyens nouveaux que le progrès de la science a mis à notre disposition. Il n'y a donc pas lieu d'être surpris que tous ces rapports, si complets sur les questions d'affaires, soient à peu près sans intérêt au point de vue scientifique.

— L'aménité confraternelle n'est pas la note dominante dans cette critique qui paraît, d'ailleurs, fortement étudiée. Les questions dont nous venons de parler ne sont pas les seules qu'elle agite. Mais pour éviter de trop nombreuses répétitions, nous allons à présent résumer les *considérants* et *résolutions* votés sur ce sujet par la société de névrologie et que nous avons réservés dans le but de les rapprocher de l'étude précédente et de ne pas scinder le sujet.

Considérant que les vices de l'organisation actuelle des asiles ont été exposés par des médecins éminents; — que des réunions publiques et des sociétés savantes ont demandé leur réforme; — qu'aucune réponse sérieuse n'a été faite à ces critiques dont les principales portent : sur l'incapacité scientifique des médecins, sur l'insuffisance du nombre des gardiens, sur l'encombrement des asiles, sur l'oisiveté dans laquelle on laisse les malades, etc.; — que la seule société nationale d'aliénistes actuellement existante exclut tous les médecins qui n'ont pas le titre de superintendant, quels que puissent être d'ailleurs leurs connaissances spéciales et leurs titres scientifiques;

La société déclare que, d'après son opinion, la science et l'art de la psychiatrie sont en Amérique bien au-dessous de ce qu'ils devraient être et de ce qu'ils sont en effet en Angleterre et dans les autres pays d'Europe;

Qu'aucune distinction ne devrait être faite entre l'aliéniste et le névrologiste; que par ce dernier nom on doit entendre un médecin spécialement versé dans l'étude des maladies nerveuses, aussi bien celles du cerveau que celles de la moelle ou des nerfs, et celles qui se manifestent par du délire que celles qui présentent d'autres symptômes;

Que les hôpitaux de fous devraient, là où faire se peut, pos-

séder comme les autres hôpitaux un corps de médecins visitants;

Que les assistants (médecins adjoints) devraient être capables des recherches cliniques et anatomo-pathologiques nécessaires pour l'étude complète des maladies nerveuses; qu'ils ne devraient être choisis qu'après un examen fait par des hommes compétents;

Que le nombre des assistants et des gardiens devrait être augmenté dans la proportion que l'expérience des asiles bien organisés a montrée nécessaire;

Que les malades ne devraient pas être laissés dans l'oisiveté;

Que l'Etat ou le gouvernement devrait établir un système d'inspection sérieux, confiés à des aliénistes d'une autorité reconnue, — et soustrait à toute ingérence politique;

Que les superintendants et les magistrats devraient avoir plus de considération et de respect pour la liberté des malades; que le système du non-restraint devrait être établi d'une façon presque absolue et que, pour les établissements ne contenant que des malades inoffensifs, tout ce qui peut faire ressembler l'asile à la prison devrait disparaître.

Ce qui précède montre à quel point la question de la réforme des asiles occupe le monde médical et même l'opinion publique. Il nous reste un complément d'informations à attendre de la réponse que les médecins fonctionnaires, si vivement mis en cause, n'ont sans doute pas manqué de faire à leurs critiques.

D^r DESMARES.

BIBLIOGRAPHIE

Article ONANISME du *Dictionnaire des sciences médicales* du D^r Dechambre, par M. le D^r J. Christian, médecin de la maison nationale de Charenton. Broch., in-8; Paris, 1881.

A la vitrine des libraires, on voit figurer sans cesse le *Traité de l'Onanisme*, de Tissot. Cet ouvrage, qui parut en 1764, écrit dans un style déclamatoire, a servi de modèle à une foule d'opuscules *ad usum mundi*, qui n'en sont que la reproduction. Quatre-vingts ans plus tard, Lallemand publiait son fameux traité des *Pertes séminales involontaires*.

Toute l'histoire de l'onanisme tient dans ces deux livres, dit M. Christian. Mais tandis que, d'après Tissot, toutes les maladies chroniques dérivent de l'onanisme, pour l'école de Lallemand, leur étiologie se résume dans les excès sexuels et les pertes séminales.

« Chez Tissot, le médecin était doublé du piétiste, dit M. Christian. Dans l'onanisme, il combat le péché, au moins autant que l'acte préjudiciable à la santé. De là, une véhémence qui l'entraîne à une exagération d'autant plus funeste qu'elle lui fait manquer le but. »

Lallemand, au contraire, apporta dans son ouvrage un esprit précis et un caractère scientifique qui eurent un légitime succès dans le monde médical; mais en raison de son sujet spécial, il s'écarte du point de vue véritable qui fait le sujet de l'article onanisme.

Il s'agissait donc de dégager le côté médical et scientifique d'un assemblage confus, bizarre, d'anecdotes plus bizarres encore, qui venaient comme théorèmes à l'appui des conclusions les plus terrifiantes, et qui, malgré les peintures effrayantes que Tissot s'était plu à accumuler, ont dû guérir bien peu d'onanistes, comme le fait très finement remarquer M. Christian.

Nous pouvons dire d'avance que l'auteur y a complètement réussi.

Peu de définitions exactes ont jusqu'alors été données de l'onanisme; la plupart sont incomplètes. Pour M. Christian,

l'onanisme consiste à provoquer l'orgasme vénérien sans qu'il y ait coït ; « c'est l'ensemble des moyens employés par l'un ou l'autre sexe pour produire l'orgasme vénérien artificiellement, en dehors des conditions du coït normal. »

D'où il suit qu'Onan lui-même, suivant l'opinion du P. Nardi et des casuistes, qui « *ejaculabat extra vas* » n'était pas un onaniste ; ce n'était qu'un « fraudeur. »

Mais quelles sont les causes de l'onanisme ? L'auteur commence par bien établir que tous les peuples ont payé leur tribut à l'aberration génitale ; dans les armées, chez les matelots, dans les asiles d'aliénés, partout où manque l'élément féminin, l'onanisme apparaît. Chez les femmes mariées, cette pratique peut avoir pour but d'éviter les fatigues de la maternité.

Peu échappent à cette loi, les hommes comme les animaux ; encore l'homme seul a-t-il le privilège « de faire l'amour en tout temps. — Montègre. »

Cependant, l'onanisme existe même chez les enfants les plus jeunes ; cela peut dépendre de la conformation en saillie ou en déhiscence de leurs parties génitales, ou bien encore des pratiques infâmes de nourrices éhontées ; mais c'est vers quinze ans que l'onanisme est le plus fréquent. Dans les pensionnats de garçons et de jeunes filles, ces pratiques s'enseignent mutuellement, et Tissot raconte l'histoire de tout un collège, qui, par l'onanisme, cherchait à éviter un sommeil que leur inspiraient les leçons d'un vieux professeur de métaphysique scolastique.

En général, ces tendances disparaissent avec l'âge et par l'exercice normal de la fonction génitale ; elles sont d'ailleurs plus rares chez la femme que chez l'homme, le tempérament des messalines étant en somme une rareté.

Le climat paraît n'avoir qu'une influence minime ; il n'en est pas de même de la religion. L'antiquité païenne élevait des temples à Vénus, à Astarté ; on divinisait les organes génitaux, et aujourd'hui même les mystères célébrés par certaines castes hindoues, la coutume des paysannes de la Campanie de porter en guise d'amulettes des phallus en métal et, dans certains villages du Poitou, la singulière habitude de fabriquer des pâtisseries en forme de phallus, les jours fériés, sont encore un témoignage qui atteste les habitudes des siècles passés.

Le mélange des choses religieuses aux choses de la procréation, n'a rien qui doive surprendre, car Cousin a montré que le

mysticisme n'est jamais plus près des sens que lorsqu'il croit en être très loin.

A côté de la religion, le mépris de la femme, proposé par certains philosophes, a régné dans certains pays; la femme, suivant Aristote, n'étant qu'une irrégularité de la nature; et Diogène dédaignant les avances des plus belles femmes de son temps, se satisfaisait honteusement dans la rue, dans la foule.

Donné comme traitement de l'hystérie par la « confection de la vulve », l'onanisme a-t-il été un des produits de la civilisation, comme le veut Rousseau? Est-il plus fréquent chez les grands que chez les humbles? M. Christian ne le croit pas, et s'il y a une différence, dit-il, « c'est peut-être simplement qu'au bas de l'échelle, il y a plus de sans gêne, plus de cynisme; en haut, plus de raffinement, plus d'hypocrisie. »

Nous passerons rapidement sur l'influence de l'imitation, du vêtement et des inflammations des organes génitaux qui paraissent amener plutôt un sentiment de douleur qu'une excitation aux actes vénériens.

Nous arriverons à l'influence exercée par certains états pathologiques du cerveau.

L'onanisme est commun chez les idiots, les épileptiques. — Certains maniaques se masturbent avec rage; dans la paralysie générale au début, l'excitation génésique est fréquemment portée au plus haut degré.

Il en résulte, si nous avons bien compris M. Christian, qu'il y a en résumé deux sortes d'onanisme, l'un qu'on pourrait appeler l'onanisme normal par opposition à ce que l'auteur nomme l'onanisme pathologique.

Après avoir décrit les moyens employés par les onanistes pour arriver à leurs fins, M. Christian arrive à la partie la plus intéressante, celle qui étudie les conséquences et la physiologie pathologique de l'onanisme.

Les unes sont accidentelles — corps étrangers dans la vessie, dans l'urèthre, verres à boire dans le rectum, épingles à cheveux, etc., qui nécessitent parfois les opérations les plus compliquées.

Les autres sont organiques et alors locales ou générales.

Arrivons aux conséquences générales.

C'est ici que les descriptions de Tissot et d'un grand nombre d'auteurs revêtent un caractère effrayant.

L'onanisme est la cause de tous les maux affectant l'intelligence, les forces, amenant les troubles les plus grands dans

l'organisme. Il faut remarquer, dit M. Christian, que dans toutes ces descriptions, l'onanisme est confondu la plupart du temps avec les excès vénériens.

Pour l'auteur, le tableau est fort exagéré; l'onanisme est immoral, on ne saurait trop le flétrir, mais « quand on arrive à constater que bien peu d'individus peuvent se vanter d'y avoir échappé complètement, on arrive à s'apercevoir que c'est là une cause banale qu'il est toujours facile d'invoquer. »

En somme, l'hystérie, l'hypochondrie, l'épilepsie, l'aliénation, les tubercules et la phtisie sont les principaux crimes qu'on reproche à l'onanisme.

Il faudrait d'abord savoir si les troubles nerveux n'existaient pas avant l'onanisme. Cela est surtout vrai pendant la période d'exaltation fonctionnelle de la paralysie générale. N'est-il pas plus rationnel alors de conclure que dans la plupart de ces cas, l'onanisme n'a été qu'une cause secondaire, accessoire, et qu'il est venu simplement aggraver un mal existant?

Où la question devient encore plus obscure, c'est lorsqu'il s'agit de déterminer si la masturbation offre plus de dangers que le coït.

Dans l'acte onanistique et le coït, il y a chez l'homme deux éléments, la déperdition du sperme et l'ébranlement nerveux.

L'éjaculation est la même dans les deux cas. — Resté l'ébranlement nerveux qui est plus grand dans l'onanisme, et cela, selon Londe, parce que la femme manquant, l'homme est obligé de se créer un excitant qui lui manque. — « Il faut bien convenir à cet égard, dit M. Christian, qu'il n'y a rien d'absolu, car le coït s'exerce dans les conditions les plus variées d'excitation cérébrale et dans bien des cas, l'ébranlement nerveux atteint son paroxysme. »

Chez la femme tout est différent. — Être passif dans le coït, elle peut s'affranchir de tout spasme, tandis que dans l'onanisme elle n'a qu'un but, c'est d'amener l'orgasme, et autant de fois il y aura sensation voluptueuse, autant de fois l'encéphale se sera surmené pour la faire naître.

Chez la femme comme chez l'enfant, c'est donc l'épuisement nerveux qui joue le rôle principal. C'est en effet dans la première enfance que l'onanisme mérite tous les anathèmes dont on l'a chargé. — Quand la puberté survient, le danger diminue; mais tant que la période de croissance n'est pas terminée, l'onanisme est une cause d'épuisement physique et moral et

quand il existe une prédisposition quelconque, de maladies telles que l'épilepsie, l'hystérie et la phtisie pulmonaire.

Chez l'adulte au contraire, c'est l'excès, c'est la répétition trop fréquente de l'acte qui est nuisible.

Or, quand la répétition fréquente de l'acte vénérien devient possible, c'est déjà un fait anormal.

C'est ce que Trousseau a bien décrit et qu'il a surnommé une *névrose génitale*.

Ainsi, parmi les enfants tout jeunes qui se livrent à l'onanisme, Burdach dit qu'un grand nombre sont voués à l'encéphalite, et l'autopsie a toujours montré chez eux des anomalies de structure de l'encéphale.

De dix à quinze ans, la pratique de l'onanisme étant presque générale, on peut constater que les adolescents qui se livrent à cette pratique sont presque tous chétifs, mal conformés, portés à l'hypochondrie ou au mysticisme, qu'ils appartiennent au groupe si important des *cérébraux* de M. Lasègue, qu'ils sont des *héréditaires* ou des *raisonnants*.

« Et parmi les adultes, dit M. Christian, l'onanisme quand il est pratiqué avec excès, n'est-il pas toujours le signe d'une maladie mentale qui débute ou d'une lésion organique plus ou moins grave des centres nerveux ? »

« Imbéciles, idiots, crétins, tels sont les vrais onanistes. D'autres le deviennent au début de la paralysie générale, de la démence ou d'une autre forme de folie. »

Et plus loin : « L'onanisme pathologique, le seul qui présente des dangers véritables, est par lui-même déjà un symptôme d'un état morbide du système nerveux. »

Or, comme l'a dit Réveillé-Parise, plus le système nerveux est excité, plus il s'affaiblit, et plus il s'affaiblit, plus il est disposé à l'excitation.

L'onanisme, qui n'était d'abord qu'un symptôme d'un état morbide, devient à son tour une cause de complications nouvelles qui varieront suivant les prédispositions individuelles. »

Nous aurions désiré que M. Christian, après avoir tranché cette question, nous fit connaître son avis en insistant davantage sur les transformations apportées par l'onanisme dans les affections mentales diverses. L'auteur serait peut-être sorti du cadre qui lui était tracé par le titre même de son article les *aliénistes*, je crois, n'auraient pu que s'en féliciter.

Mais quelle est la partie du système nerveux qui préside à l'excitation malade dont l'onanisme est la conséquence ?

Ici tout le monde est d'accord pour placer dans la moelle le centre génital.

« Mais si la moelle est le foyer d'action, il faut que les deux centres agissent de concert; isolés, ils sont impuissants. »

A l'état normal, ces foyers sont solidaires l'un de l'autre; mais ce qui caractérise l'onanisme, c'est que ceux qui s'adonnent à ce vice ne trouvent de jouissances qu'en trompant la nature: c'est donc une aberration du sens génital analogue à celle que nous pouvons éprouver pour les autres modes de sentir.

L'onanisme est donc essentiellement une perversion *cérébrale*.

Mais ce seront les excès qui détermineront ces accidents graves; or les excès viennent de la moelle. En sorte que, dans l'onanisme pathologique, tout le système cérébro-spinal est en jeu.

Après cette fine analyse de physiologie pathologique, M. Christian énumère les moyens de traitement destinés soit à préserver, soit à guérir.

Il s'agit principalement, selon lui, d'une réforme à opérer dans le système actuel d'éducation qui pousse les enfants à considérer « le travail comme un supplice, le collège comme une galère et qui développe tous les travers d'une imagination qui demande à être intéressée. » Un des meilleurs moyens de préservation résidera dans l'hygiène et dans les exercices du corps. Que si l'onanisme s'est développé malgré tout, il ne faudra pas trop compter sur les préparations pharmaceutiques. — Encore moins devra-t-on recourir à la clitoridectomie ou même à l'ovariotomie.

Il faudra avant tout recourir à l'hygiène dans laquelle les moyens moraux et physiques seront largement combinés. Quant à l'onanisme pathologique, il ne disparaîtra que si l'état morbide lui-même de l'organisme est profondément modifié.

On conçoit facilement que, pour donner une idée exacte des idées de l'auteur, nous ayons dû entrer dans un long détail. Si cependant il venait à rester quelques doutes dans l'esprit de nos lecteurs, ce doute disparaîtrait rapidement par la lecture entière de la monographie elle-même.

Le mérite principal de M. le Dr Christian est d'avoir su dégager du chaos confus des faits agglomérés, des idées neuves, originales, et d'avoir substitué à des affirmations pures les procé-

dés d'une discussion scientifique serrée et méthodique, sans s'être cru astreint de répéter l'inéluctable « *Cum hoc ergo propter hoc* » prononcée par la plupart de ses devanciers.

D^r H. MABILLE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Relazione statistica del manicomio centrale maschile in S. Servolo di Venezia del quadriennio 1877-80; Venise, 1881; br. in-8°.

— Alcoolismul, effectele s'elle fizice si morale asupra populatiunei; par M. le D^r George M. Miletic; Bucharest, 1881; br. in-8°.

— Über die Behandlung von Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten vermittelt des Inductionsstromes (sur le traitement des maladies du cerveau et de la moelle épinière par les courants d'induction); par M. le D^r Lowenfeld; Munich, 1881; c. in-8°.

— Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit; par M. le D^r C. M. Brossius; Berlin 1878 et Wiesbaden, 1881; 2 br. in-8°.

— Case of parietic dementia; intercurrent attack of left-sided convulsions, etc.; par M. le D^r R. Atkins; Waterford, 1881; br. in-8°.

— Über hemianopsie in ihr verhältniss zur topischen diagnose der Gehirnkrankheiten; par M. le D^r H. Wilbrand; Berlin, 1881; br. in-8°.

— Ueber offene Curanstalten (Sur une maison de traitement ouverte); par M. le D^r Brosius; br. in-8°, 1881.

— Ueber die Verrichtungen des Grosshirns (Sur les fonctions du cerveau) Gesammelte Abhandlungen; par le D^r Fried. Goltz; Bonn, 1881; vol. in-8°.

— Autonomie et aphasie; étude médico-psychologique; par M. le D^r Bourdin; Paris, 1881; br. in-8°.

— Compte rendu du service médical de la section des hommes de l'asile d'aliénés de Bron (exercice 1880); par M. le D^r P. Max Simon; Lyon, 1881, br. in-8°.

— Rapport sur l'asile public d'aliénés de Breuty; par M. le D^r Péon; Angoulême, 1881, br. in-8°.

— Du cancer au point de vue de ses rapports avec l'aliénation mentale; par M. le D^r C. Bessière; thèse de Paris, 1881; br. in-8°.

— Traitement de la folie par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine; par M. le D^r Aug. Voisin, Paris, 1881; br. in-8°.

— Leçons sur l'idiotie; par M. le D^r Aug. Voisin; Paris, 1881; br. in-8°.

— Note relative à l'encombrement des asiles d'aliénés; par M. Oudart, inspecteur général des asiles d'aliénés de Belgique; Bruxelles, 1881, br. in-8°.

— Programme d'un cours d'ethnologie, par M. le Dr Dally ; Paris, 1884 ; br. in-8°.

— Impuissance physique et morale chez l'homme et chez la femme ; par M. le Dr P. Garnier ; Paris, 1881, vol. in-12.

— Essai de psychologie sur le cerveau et sur le cœur ; par M. A. Riche ; Paris, 1881 ; vol. in-18.

— Broadmor criminal lunatic asylum. — Annual reports ; 1877, 1878, 1879 et 1880 ; br. in-8.

— Le cerveau, organe de la pensée chez l'homme et chez les animaux, par M. Charlton Bastien ; chez Germer Baillière ; 2 vol. in-8, (cartonnage anglais, 42 fr.)

— Sulla teoria della doppia trasmissione ; par le Dr Mario Panizza ; br. in-8. ; Roma, 1884.

— Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie ; par MM. Bourneville et d'Olier ; br. in-8 ; Paris, 1884.

— The cultivation of specialties in medicine ; an address ; par le Dr E. C. Seguin ; br. in-8 ; New-York, 1880.

— Asile public d'aliénés de Saint-Robert ; compte rendu du service médical pour l'année 1880 ; par M. le Dr Dufour ; br. in-8 ; Grenoble, 1882.

— La durata delle percezioni elementari negli alienati ; par le Dr Gabriel Buccola ; br. in-8. Reggio nell'Emilia ; 1884.

— Insanity with malarial anemia and cachexia ; par M. le Dr Julius Mickle ; br. in-8 ; London, 1884.

— Mémoire sur la paralysie générale à double forme ; par M. le Dr de Lamaestre ; br. in-8 ; Paris, 1880.

— La loi des aliénés ; des mesures législatives à prendre à l'égard des aliénés dits criminels ; par M. Léon Dayras ; br. in-8 ; Besançon, 1884.

— Notes relatives à la loi sur les aliénés ; par le Dr Lagardelle ; br. in-8. ; Bordeaux, 1882.

— Ricerche sperimentali sull'azione fisiologica e terapeutica della cocaina ; par MM. E. Morselli et G. Buccola ; br. in-8. ; Milan, 1884.

— Asile d'aliénés de Ville-Evrard ; rapport statistique et médical pour l'année 1880 ; par le Dr de Lamaestre ; br. in-4 ; Paris, 1884.

— Programme d'une cellule-type pour asiles d'aliénés ; rapport fait par M. Maréchal, au nom d'une commission nommée par M. le préfet de la Seine ; br. in-4 ; Paris, 1884.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

BUREAU POUR 1882.

La Société médico-psychologique a procédé, le 26 décembre 1881, au renouvellement de son bureau pour l'année 1882. Ont été élus :

Président : M. DALLY.

Vice-président : M. MOYET.

Secrétaire général : M. RITTI.

Secrétaires annuels : MM. CHARPENTIER et GARNIER.

Trésorier : M. AUG. VOISIN.

LISTE DES MEMBRES

Membres honoraires.

MM.
Bourdin, ✱.
Carrière.
Constans, O ✱.
Dechambre, O ✱.
Des Etangs, ✱.
Dumesnil, O ✱.
Durand (de Gros).
Foville (Ach.), ✱.

MM.
Fournet, ✱.
Girard de Cailleux, O ✱.
Janet (Paul), O ✱.
Legrand (Maximin), ✱.
Mauray (Alfred), O ✱.
Michéa, ✱.
Moreau (de Tours), ✱.
Ott.

Membres titulaires.

MM.
Baillarger, rue de l'Université, 8.
Ball, boulevard Saint-Germain, 179.
Bigot, asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).
Billod, rue de Rivoli, 166.
Blanche, rue des Fontis, 15, à Paris-Auteuil.
Bouchereau, asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 4.
Bourneville, rue des Ecoles, 6.
Brochin, boulevard Saint-Michel, 7.
Calmeil, à Fontenay-sous-Bois (Seine).
Charpentier, hospice de la Salpêtrière.

MM.
Christian, maison nationale de Charenton.
Collincau, rue du Temple, 187.
Cotard, à Vanves (Seine).
Dagonet, asile Sainte-Anne.
Dagron, rue Montaigne, 25.
Dally, rue Legendre, 5.
Delasiauve, rue du Sommerard, 35.
Doutrebente, asile de Blois (Loir-et-Cher).
Falret (Jules), rue du Bac, 114.
Fournié (Edouard), rue Louis-Le-Grand, 11.
Garnier (Paul), boulevard Montmartre, 16.
Goujon, rue Picpus, 90.
Guignard, rue de l'Arrivée, 40.

MM.

Lamaestre (Espiau de), asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Lasègue, rue Perrault, 4.

Legrand du Saulle, quai Saint-Michel, 29.

Loiseau, rue Vieille-du-Temple, 26.

Lucas (Prosper).

Lunier, rue de l'Université, 6.

Luis, rue de Grenelle-Saint-Germain, 20.

Magnan, asile Sainte-Anne.

Mesnet, rue de Charonne, 161.

Meuriot, rue Beiton, 17, Paris-Passy.

MM.

Mitivié (Albert), boulevard Saint-Germain, 260.

Moreau (de Tours) Paul, rue de Beaune, 6.

Motet, rue de Charonne, 161.

Ritti, maison nationale de Charenton.

Rota, rue de Picpus, 90.

Rousselin, asile Saint-Yon, à Rouen.

Sémelaigne, château de Saint-James, à Neuilly-sur-Seine.

Sémerie, rue Laffitte, 2.

Voisin (Auguste), rue Séguier, 16.

Voisin (Jules), rue du Faubourg-Poissonnière, 58.

Membres correspondants.

MM.

Armaingaud, à Bordeaux.

Arthaud, à Lyon.

Azam, à Bordeaux.

Baume, à l'asile de Quimper.

Biaute, à l'asile de Blois.

Bonnaïous, à Leymes (Lot).

Bonnet, à l'asile de Châlons.

Bouteille, à l'asile de Toulouse.

Briand, à l'asile Sainte-Anne.

Brunet, à l'asile d'Evreux.

Campagne, à l'asile de Mont-de-Vergues.

Cullerre, à l'asile de La Roche-sur-Yon.

Danner, à Tours.

Darnis, à Montauban.

Desmaisons, à Bordeaux.

Despine (Prosper), à Marseille.

Dufour, à l'asile Saint-Robert, près Grenoble.

Dunont (de Monteux), à Rennes

Dunant, à Genève.

Eloc-Demazv, au Mans.

Fabre, à l'asile de Saint-Lizier.

Fabre de Parrel, à l'asile de Quatre-Mares.

Fusier, à Chambéry.

Gallopain, à l'asile de la Charité (Nièvre).

Giraud, à l'asile de Fains.

MM.

Hildenbrand, à l'asile de Bon-neval.

Hospital, à Clermont-Ferrand.

Hurel, à Gaillon.

Lahitte, à l'asile de Clermont (Oise).

Lacour, à Lyon.

Laffitte, à l'asile de Pau.

Lailler, à l'asile de Quatre-Mares.

Langlois, à l'asile de Maréville.

Lannurien, à Morlaix.

Lapointe, à l'asile de Moulins.

Laurent, à Rouen.

Mabille, à l'asile de la Rochelle.

Macario, à Nice.

Maret, à l'asile d'Auch.

Masbrenier, à Melun.

Mordret, à l'asile du Mans.

Niépce, à Allevard.

Ollier, au 6^e chasseurs

Papillaud, à Saujon (Charente-Inférieure).

Parant, à Toulouse.

Péon, à Breuty (Charente).

Petit, à l'asile de Nantes.

Picard, à la Malgrange, près Nancy.

Régis, à l'asile Sainte-Anne.

Reynaud, à l'asile de Bailleul.

MM.

Rist, à la Métairie, près Genève.
 Rousseau, à l'asile d'Auxerre.
 Saint-Lager, à Lyon.
 Sauze, à Marseille.
 Sisteray, à Bordeaux.

MM.

Lagardelle, à Bordeaux.
 Sizaret, à l'asile de Maréville.
 Solaville, à l'asile de Poitiers.
 Taguet, à l'asile de Dijon.
 Teilleux, au Mans.

*Membres associés étrangers.**Allemagne.*

MM.

Erosius, à Bendorf, près Coblenz.

Angleterre.

Bateman, à Norwich.
 Bucknill, à Londres.
 Clouston, à Edimbourg.
 Crichton-Browne, à Londres.
 Gasquet, à St-George's-Retreat.
 Hack Tuke (Daniel), à Londres.
 Harrington Tuke, à Londres.
 Lockhart-Robertson, à Londres.
 Mackintosh, à Glasgow (Ecosse).
 Maudsloy, à Londres.
 Mortimer-Granville, à Londres.
 Nicolson, à Broadmoor, Wokingham.
 Orange, à Broadmoor, Wokingham.
 Rayner, à Hanwell, Middlesex.
 Rutterford, à Leuzie.
 Savage, à Londres.
 Shaw, à Banstead, Surrey.
 Sibbald (John), à Edimbourg (Ecosse).
 Wood, à Londres.

Autriche.

Krafft-Ebing (de), à Grätz (Styrie).
 Leidesdorf, à Vienne.
 Mundy, à Vienne.
 Obersteiner père, à Vienne.
 Schlager, à Vienne.

Belgique.

Ingels, à Gand.
 Lefebvre, à Louvain.
 Lantz, à Froidmont.
 Masoin, à Louvain.
 Oudart, à Bruxelles.

MM.

Semal, à Mons.
 Van den Abeele, à Bruges.
 Vermeulen, à Gand.

Espagne.

Giné y Partagas, à Barcelone.
 Pli y Molist, à Barcelone.

Etats-Unis.

Echeverria, à New-York.
 Gray, à Utica (New-York).

Hollande.

Donkersloot, à Dordrecht.
 Hubrecht, à La Haye.
 Persijns, à Meerenberg.
 Ramaër, à La Haye.
 Van Andel, à Zutphen.
 Van der Bogaert, à Rosmalen.
 Van der Lith, à Utrecht.
 Van der Swalmc, à Delft.
 Yong (de), à Amsterdam.

Italie.

Azzuri, à Rome.
 Backel, à Venise.
 Biffi, à Milan.
 Bini, à Florence.
 Bisch, à Aoste.
 Cardona, à Rome.
 Funaioli, à Sienne.
 Giacchi, à Raconiggi (Piémont).
 Lombroso, à Turin.
 Miraglia, à Naples.
 Monti, à Parme.
 Morselli, à Turin.
 Néri, à Pérouse.
 Perla, à Aversa.
 Sannicola, à Aversa.
 Stacchini (Carlo), à Florence.
 Tamburini, à Reggio-Emilia.
 Tonino, à Recanati.
 Virgilio, à Aversa, près Naples.

Russie.

MM.

Frézé, à Kassan.
 Herzog, à Saint-Petersbourg.
 Jacoby, à Nice,
 Lubelski, à Varsovie.
 Mierzejewski, à St-Petersbourg.
 Rothe, à Varsovie.
 M^{lle} Skwortzoff (Nadine).

Suède.

MM.

Berliny, à Malmo.
 Salomon, à Malmo.
Suisse.
 Cramer, à la Rosegg (Soleure).
 Fetscherin, à St-Urban (Lucerne).
Turquie.
 Mongeri, à Constantinople.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS (1).

— *Arrêté du 7 décembre 1884.* M. le D^r DONNET, directeur-médecin de l'asile de Limoges, est promu à la 2^e classe de son grade (6.000 fr.) pour prendre rang à partir du 1^{er} décembre 1881.

— *Arrêté du 23 décembre 1884.* M. LUCAS est nommé directeur de l'asile du Mans (Sarthe), en remplacement de M. BARTHÉLEMY, admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite par arrêté en date du 20 août 1881. M. Lucas est placé dans la 4^e classe de son grade (4.000 fr.).

— *Arrêté du 6 janvier 1882 :*

M. le D^r FAUCHER, directeur-médecin de l'asile de Rodez, est nommé directeur-médecin de l'asile de Limoges, en remplacement de M. le D^r Donnet, admis dans le cadre de disponibilité.

M. le D^r GALLOPAIN, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, est nommé directeur-médecin de l'asile de Rodez et placé dans la 4^e classe de son grade (4.000 fr.).

— *Arrêté du 25 janvier 1882.* M. LLANTA, adjoint au maire du quatorzième arrondissement, est nommé directeur de l'asile Sainte-Anne, en remplacement de M. Prieur.

— *Arrêté du 9 février 1882.* M. le D^r SCHILS, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon, à Rouen, est nommé médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard et promu à la 2^e classe de son grade (2.500 fr.).

— *Arrêté du 4 février 1882.* — Ont été promus pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1882 :

À la première classe de leur grade (7.000 fr.) :

MM. LAGARDELLE, médecin en chef de l'asile de Bordeaux ; DAUBY et DELAPORTE, directeurs-médecins des asiles d'Aix et de Saint-Méen, à Rennes.

À la deuxième classe (6.000 fr.) :

MM. PETRUCCI et MARET, directeurs-médecins des asiles de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) et Auch.

À la deuxième classe de leur grade (25.00 fr.) :

MM. CHADZINSKI, ANDRÉ, FABRE DE PARREL, BLAUTE, DOURSOUT, MATHIEU, MAUNIER, GARNIER, ADAM et BRUN, médecins adjoints des asiles d'Auxerre, Fains, Quatre-Mares (Seine-Inférieure), Blois, Quimper, Toulouse, Aix, Dôle, Armentières et Bron (Rhône).

(1) Il est exact, comme l'ont affirmé plusieurs journaux, que le Ministre de l'intérieur ait manifesté l'intention de choisir les médecins des asiles d'aliénés parmi les médecins de la marine qui ont eu de longs services à la mer !!

— Arrêté du 25 février — Ont été nommés :

Directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure), M. le Dr CONTY, directeur-médecin de l'asile de Bonneval, en remplacement de M. le Dr BROC, admis à faire valoir ses droits à la retraite ;

Directeur-médecin de l'asile de Bonneval, M. le Dr HILDENBRAND, directeur-médecin de l'asile de la Charité (Nièvre) ; le Dr Hildenbrand est en même temps promu à la 1^{re} classe (7.000 fr.).

Directeur-médecin de l'asile de la Charité, M. le Dr GALLOPAIN, directeur-médecin de l'asile de Rodez ;

Directeur-médecin de l'asile de Rodez, M. le Dr LONGEAUD, médecin adjoint de l'asile de Mont-de-Vergnes (Vaucluse) ; M. le Dr Longeaud est placé dans la 4^e classe de son grade (4.000 fr.).

— Par arrêté préfectoral en date du 3 décembre 1884, M. le Dr JOSEPH GHAOU, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé médecin adjoint du quartier d'aliénés d'Aurillac.

NÉCROLOGIE.

BRIERRE DE BOISMONT. — La médecine mentale vient de faire une nouvelle perte. Briere de Boismont, un de nos collègues les plus distingués, collaborateur assidu des *Annales médico-psychologiques*, est décédé, le 25 décembre 1884, à Saint-Mandé (près Paris), à l'âge de quatre-vingt-trois ans. Il est né à Rouen le 18 octobre 1798. Reçu docteur en 1825, il avait déjà publié des *Éléments de botanique* (avec Pottier) et un *Traité de la pellagre et de la folie pellagreuse*, lorsqu'il fut envoyé en Pologne, en 1831, pour y étudier le choléra. Le traité qu'il fit paraître dès son retour, et qui obtint une médaille d'or à l'Institut, est le premier qui ait attiré en France l'attention sur la diarrhée prémonitoire, déjà notée par les médecins russes et polonais. C'est à cette période de son existence qu'il publia un ouvrage sur la *menstruation*, un petit traité d'anatomie humaine (*Anthropotomie*), les *Leçons orales de Dupuytren* (avec Marx), etc.

Mais Briere de Boismont devait bientôt donner un autre cours à ses travaux scientifiques ; la médecine mentale l'attirait. Attaché d'abord à divers établissements d'aliénés, puis directeur d'une maison de santé située au faubourg Saint-Antoine, il se livra tout entier à l'étude des maladies mentales et publia un grand nombre de mémoires et d'ouvrages dont quelques-uns eurent l'honneur de plusieurs éditions. Tous les lecteurs des *Annales* ont lu son mémoire sur le *délire aigu* (1844), son traité sur les *hallucinations*, son ouvrage sur le *suicide*, ses études sur les *asiles d'aliénés en Italie*, sur la *responsabilité générale et partielle des aliénés*, enfin ses nombreuses communications à la Société médico-psychologique dont il a été un des premiers secrétaires et plus tard un des présidents.

Nous ne saurions mieux terminer cette trop courte notice nécrologique qu'en reproduisant le discours prononcé sur la tombe de Briere de Boismont, par M. MOTET, secrétaire général de la Société médico-psychologique.

MESSIEURS,

C'est au nom de la Société médico-psychologique de Paris que je prends la parole; je viens exprimer ici les regrets que lui cause la perte de l'un de ses fondateurs, d'un homme dont le dévouement et l'attachement à elle furent sans bornes, et qui laisse dans ses *Annales* des travaux en si grand nombre que son nom est pour ainsi dire inscrit à chaque page.

Brierre de Boismont avait pour notre Société un véritable culte. Il avait été l'un des premiers à l'œuvre, le jour où des philosophes et des médecins réalisèrent l'alliance de la psychologie et de la médecine sur un terrain où elles devaient se prêter un mutuel appui. Il fut tour à tour le secrétaire, le secrétaire général, le président de cette Société, qu'il avait vue naître, pour laquelle il se dépensait avec une ardeur sans égale. Et dans ces fonctions diverses, ce fut toujours la même activité, le même zèle. Si bien que, ayant à prendre au milieu de tant de noms illustres, celui qui, dans le passé, personnifierait le mieux notre compagnie, celui de Brierre de Boismont, viendrait au premier rang.

J'en trouvais tout dernièrement encore, en Angleterre, le touchant témoignage. On me demandait des nouvelles de M. Brierre de Boismont; ce souvenir de savants étrangers pour l'un des nôtres fit naître en moi un sentiment de fierté que vous partagerez tous, vous qui savez en quelle haute estime étaient tenus les travaux de notre regretté collègue. C'est qu'aussi, messieurs, l'esprit de Brierre de Boismont se plaisait à ces questions élevées qui touchent à la fois à la philosophie et à la médecine mentale; le caractère de son talent était souple, délié, solide dans l'argumentation, fécond dans les applications générales. Sa plume alerte était au service d'une vaste érudition, l'on sentait dans ses écrits que sa vie tout entière était vouée à l'étude de la pathologie mentale, qu'il avait fait librement son choix, et n'entendait pas dévier de la route qu'il s'était tracée.

Laissez-moi vous rappeler quelques-unes de ses paroles, elles furent prononcées il y a trente ans, elles ont conservé une saveur si fraîche d'honnête et sincère conviction qu'il nous semble encore entendre la voix du maître. Il était un passage d'Alphonse Esquiros. « Le jour où la philosophie descendra avec son flambeau dans l'étude des affections mentales, elle rencontrera une ample matière à observations nouvelles, comme dans une ville détruite, on découvre çà et là des monuments qui portent l'empreinte de la nation éteinte; ainsi, dans ces grands ravages de la folie, se retrouve partout, sur les ruines de nos facultés, la trace du principe immortel qui les animait. » Brierre de Boismont ajoutait : « Nous croyons que le médecin aliéniste, préparé par des études convenables, est peut-être l'homme le plus apte à élucider les questions de philosophie; et, pour notre part, nous déclarons hautement qu'après le bonheur de soulager des malheureux, ce qui nous a surtout attiré dans cette science, c'est l'attrait des magni-

liques problèmes de l'immortalité de l'âme, d'une vie future, d'une foule d'autres questions de métaphysique, et loin de reléguer ces sujets dans un sanctuaire sacré, par la raison qu'ils sont inaccessibles à nos efforts, nous les regardons comme faisant partie intégrante de la vie intellectuelle, dont ils sont, d'ailleurs, un besoin irrésistible. »

C'étaient là, messieurs, les visées hautes de l'esprit de Brierré de Boismont. Elles apparaissent dans tous ses ouvrages, et vous savez comment ils furent accueillis par les savants de tous les pays. Son livre sur les hallucinations, ses recherches sur le suicide, sur la folie au point de vue historique, sont des œuvres de la plus grande valeur, et les mémoires originaux qu'il publia tantôt dans les *Annales médico-psychologiques*, tantôt dans les revues et dans les journaux de médecine, n'ont pas un moindre mérite. Et ce n'était pas seulement par les qualités de l'écrivain, du savant qu'il se distinguait ainsi entre tous, il avait montré par son voyage en Pologne pour étudier la marche de l'épidémie cholérique, que son courage égalait son dévouement à la science, qu'il faisait bon marché de sa vie quand il s'agissait de ces intérêts d'ordre supérieur où l'intervention de l'hygiène, du médecin qui la représente, peut devenir la sauvegarde de millions d'existences. Athlète infatigable, il était prêt d'ailleurs, pour toutes les luttes quand une juste cause devait être défendue, et son opinion avait assez de poids pour faire accorder au vaincu d'hier, même par un gouvernement étranger, la réparation qui lui était légitimement due.

Je ne saurais reprendre les travaux de Brierré de Boismont avec le développement auquel ils ont droit. C'est l'heure des souvenirs, c'est aussi l'heure des adieux. Saluons cette vie qui fut longue, elle eut ses triomphes, mais elle eut aussi ses débilements cruels. Quand Brierré de Boismont perdit la femme dévouée qui avait été de moitié dans tout ce qu'il avait entrepris, celle dans laquelle il avait trouvé autant de cœur que d'intelligence, des qualités rares dont il ne parlait qu'avec une respectueuse reconnaissance, il sembla que quelque chose de lui-même s'en fût allé avec elle. Son activité tomba presque tout à coup, et nous ne le vîmes plus s'asseoir au milieu de nous. Cette place qu'il avait si dignement occupée resta vide, mais nous savions du moins qu'il suivait nos travaux avec une sollicitude affectueuse. Les soins de ses enfants prolongeaient son existence; ils ne lui faisaient pas oublier cette autre famille dont il était le doyen respecté, à laquelle il a voulu, presque mourant, laisser un témoignage de son attachement.

Brierré de Boismont, vous avez connu les joies que donne le travail, les succès qui le récompensent, l'estime des contemporains qui les rehausse. Dans ces heures calmes qui précèdent la fin d'une vie remplie comme fut la vôtre, vous avez dû voir passer dans une vision heureuse l'image de tous ceux à qui vous étiez cher. Ce sont eux qui m'envoient vers vous, je vous apporte l'expression de leur reconnaissance pour tout le bien

que vous avez fait, par votre exemple, par votre activité laborieuse et féconde. Je vous dis adieu, mais je vous promets, au nom de vos collègues d'autrefois, que votre souvenir sera pieusement conservé, comme on garde dans la famille la mémoire du chef vénéré.

LE DOCTEUR BROC. — Le corps des médecins aliénistes français vient encore de perdre un de ses membres les plus sympathiques et les plus méritants. M. le D^r Broc, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares, âgé de quarante-six ans, est décédé le 22 février 1882, succombant aux progrès d'une affection cérébrale à marche très rapide, qui, depuis trois mois à peine, le tenait éloigné de son service.

Broc a débuté dans la spécialité comme élève-interne des asiles de Maréville et de Pau. Reçu docteur en 1863, il fut envoyé comme médecin-adjoint à l'asile de Quatre-Mares, et de là, comme médecin en chef à l'asile de Bailleul.

Il occupait ce poste lorsqu'il fut délégué pour aller remplir une mission de confiance à Morzine, dans les montagnes de la Haute-Savoie, récemment réunie à la France; il s'agissait de surveiller l'exécution des mesures qui avaient été prescrites par l'inspecteur général, M. le D^r Constans, dans le but d'achever de combattre et d'empêcher de se reproduire l'épidémie d'hystéro-démonopathie qui, depuis plusieurs siècles, n'avait jamais complètement disparu de ces parages; Broc s'acquitta de cette mission avec tout le succès que l'on pouvait en attendre.

A son retour de Morzine, il fut nommé médecin en chef à l'asile de Maréville, puis bientôt directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir). Broc quittait la Lorraine, au mois d'août 1870, au moment où les armées allemandes y pénétraient; quelques semaines plus tard, ces armées victorieuses couvraient les plaines de la Beauce. Broc se distingua, de la manière la plus digne d'éloges, tant par son dévouement sur le champ même de la bataille de Châteaudun que par l'excellente organisation de l'ambulance dans laquelle, pendant de longs mois, il ne cessa de soigner un grand nombre de blessés français et étrangers. Au milieu des deuils de la patrie, Broc eut au moins une consolation; son village natal, Gromagny, à côté de Belfort, était resté français!

En 1873, il fut nommé directeur-médecin de l'asile d'Evreux où son administration se signala par d'heureux résultats, et en 1880, il fut appelé aux mêmes fonctions à l'asile de Quatre-Mares.

La carrière de Broc, déjà si bien remplie, se trouvait ainsi couronnée de la manière la mieux faite pour combler les désirs.

Il devenait le chef justement honoré d'un de nos plus grands asiles; il rentrait, au premier rang, dans un établissement où l'on avait conservé le meilleur souvenir de son passage; il succédait à ses anciens maîtres qui, après l'avoir apprécié comme élève et comme auxiliaire, étaient heureux d'être restés au nombre de ses amis les plus dévoués et se félicitaient de le voir chargé de continuer leur œuvre.

Enfin, il se retrouvait au milieu de la famille, honorable entre toutes, qui s'était plu à l'admettre dans ses rangs, et père plein de tendresse, il voyait ses cinq jeunes enfants se développer sous les yeux vigilants de sa compagne, aussi méritante comme mère que comme épouse !

Il semblait n'avoir plus qu'à jouir de tant d'avantages légitimement conquis, lorsqu'une affection terrible, due en grande partie aux fatigues d'une carrière aussi laborieuse, l'a rapidement frappé à mort.

Tous ceux qui ont connu Broc l'ont aimé. Ils conserveront pieusement son souvenir, comme celui d'un esprit d'élite et d'un cœur excellent. Tous ceux qui s'intéressent au sort des aliénés, doivent honorer son nom, car il a été un médecin d'asile esclave de son devoir, toujours prêt à faire le bien autour de lui, et absolument dévoué aux intérêts des malades qu'il avait mission de soigner et de consoler ! C'était un homme de bien dont la vie, trop courte, ne peut laisser que des regrets !

A. F.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Par décret en date du 2 janvier 1882, rendu sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des cultes, il est créé, à la Faculté de médecine de Paris, une chaire de clinique des maladies du système nerveux.

Par un autre décret de la même date, M. CHARGOT, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies du système nerveux (chaire nouvelle).

RÉGIME DES ALIÉNÉS. — Article 29 de la loi du 30 juin 1838.

C'est à l'autorité judiciaire qu'il appartient, par application de l'art. 29 de la loi du 30 juin 1838, de connaître des réclamations tendant à faire ordonner la sortie de toute personne placée dans un établissement d'aliénés. Un département n'est pas dès lors recevable à demander, devant le conseil d'Etat, l'annulation d'une décision par laquelle le ministre de l'Intérieur a approuvé la séquestration d'un enfant ordonnée d'office par le Préfet de police, lorsque ledit département, pour se soustraire au remboursement des frais occasionnés par le séjour dudit enfant dans l'asile d'aliénés, soutient que ladite mesure a été prise en dehors des conditions prévues par l'article 38 de la loi du 30 juin 1838.

Décision du conseil d'Etat du 46 décembre 1884.

Pourvoi du département de la Sarthe.

LE CAS DE L'ASILE SAINT-GENNES.

Le fait qui suit est instructif à plus d'un titre.

Le 28 janvier, à six heures et demie du matin, un des meilleurs gardiens de l'asile Sainte-Gemmes-sur-Loire, en essayant de

maintenir un épileptique dangereux, tomba sur lui, et son genou porta sur le flanc droit du malade. Ce dernier redevenu tranquille avait repris ses habitudes, lorsque le lendemain, dans la soirée, trente-six heures après l'événement, il se plaignit d'une douleur au côté. Les médecins de l'asile constatèrent tous les signes d'une péritonite grave et, le 30, le malade était mort.

L'autopsie faite par un médecin légiste en présence du procureur de la République et du juge d'instruction, révéla que le malade avait succombé à une péritonite purulente *consécutive à l'ouverture dans l'abdomen d'un abcès enkysté au milieu duquel on découvrit une lame de couteau rongée par la rouille*, et qui de l'estomac avait pénétré dans l'intestin. Il n'y avait d'ailleurs sur la peau que des traces légères de contusion. Les poursuites commencées contre le gardien soupçonné d'avoir frappé le malade, furent immédiatement abandonnées.

— *Loi tendant à autoriser le département du Jura à contracter un emprunt pour le remboursement d'une partie de la dette départementale et pour les travaux de l'asile des aliénés.*

Le Sénat et la Chambre des députés ont adopté.

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. 1^{er}. Le département du Jura est autorisé, conformément à la demande que le conseil général en a faite, à emprunter, à un taux d'intérêt qui ne pourra pas dépasser quatre et demi pour cent (4 1/2 p. 100), une somme de cinq cent quatre-vingt-trois mille francs (583,000 fr.) applicable tant au remboursement d'une partie de la dette départementale qu'aux travaux de l'asile d'aliénés.

Cet emprunt pourra être réalisé, soit avec publicité et concurrence, soit de gré à gré, soit par voie de souscription, avec faculté d'émettre des obligations au porteur ou transmissibles par endossement, soit directement auprès de la caisse des dépôts et consignations ou de la société du Crédit foncier.

Les conditions des souscriptions à ouvrir ou des traités à passer de gré à gré seront préalablement soumises à l'approbation du ministre de l'intérieur.

Art. 2. — Les fonds nécessaires au service des intérêts et au remboursement de l'emprunt de 583,000 fr. seront prélevés sur les ressources spéciales de l'asile ou au besoin sur le budget départemental.

La présente loi, délibérée et adoptée par le Sénat et par la Chambre des députés, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 26 décembre 1884.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

L'ALIÉNATION MENTALE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

CHRONIQUE

L'aliénation mentale doit-elle être une cause de divorce? — Étude d'ensemble sur les localisations cérébrales. — Rareté de la paralysie générale à la Guyane. — Nouvelles recherches sur les crânes des criminels. — Rapport sur la glossomégalie et l'idiotie. — Les Américains peints par eux-mêmes : les aliénés devant les jurys; les expertises médico-légales en matière criminelle.

Dans le cas où le divorce serait rétabli en France, conviendrait-il de comprendre l'aliénation mentale au nombre des motifs qui pourraient le faire prononcer? Bien que, depuis plusieurs années, la proposition Naquet, relative au rétablissement du divorce, soit à l'étude, c'est tout récemment, croyons-nous, que la question qui précède s'est trouvée posée devant nos législateurs. Elle a été introduite par M. Louis Guillot, député de l'Isère, sous forme d'un amendement ainsi conçu : « L'aliénation mentale de l'un des » deux époux, durant depuis deux ans et reconnue incurable, est une cause de divorce. Le caractère d'incurabilité

» de la maladie devra être constaté et déclaré par une
 » commission de trois docteurs en médecine : le premier
 » choisi par la famille du conjoint aliéné ; le deuxième
 » choisi par l'époux demandeur ; le troisième désigné par le
 » ministère public.

» Le divorce prononcé pour aliénation mentale laissera
 » subsister, pour le conjoint qui aura obtenu le divorce,
 » l'obligation d'assurer, selon ses facultés et son état, son
 » ancien conjoint aliéné. Il devra être statué sur cette
 » obligation dans le jugement qui prononcera le di-
 » vorce. »

La commission de la Chambre des députés, chargée de la question, a pensé, et on ne saurait trop l'en louer, qu'en présence d'une proposition aussi spéciale, il pourrait être bon de demander l'opinion des spécialistes. MM. les docteurs Blanche, Charcot, Legrand du Saulle et Magnan ont été mandés au Palais-Bourbon pour donner leur avis. D'après les comptes rendus publiés dans divers journaux politiques, on était autorisé à croire que de sérieuses divergences s'étaient révélées dans leurs dépositions. Mais il ne semble pas qu'il en ait été ainsi ; du moins deux articles qui ont paru, l'un dans la *Gazette hebdomadaire* du 17 février 1882, et l'autre dans la *Gazette des hôpitaux* du 14 mars, doivent faire penser que les quatre médecins consultés ont été défavorables à la proposition. Leurs principaux arguments auraient été : d'une part, que l'aliénation mentale étant une maladie, elle rend indispensables les soins que les conjoints se doivent réciproquement et que, loin de relâcher les liens du mariage, elle doit avoir pour résultat de renforcer les devoirs d'assistance qu'il impose ; d'autre part que l' incurabilité de la folie ne saurait être reconnue à coup sûr ; quelles que soient les présomptions à cet égard, les faits viennent assez souvent les déjouer et en démontrer la fausseté.

Nous posons que la question, ainsi soulevée devant la

Chambre, va provoquer de nouvelles études dans le corps médical. Il est question, croyons-nous, de la porter prochainement devant l'Académie de médecine. En attendant, M. Dally, président de la Société médico-psychologique, vient de la mettre à l'ordre du jour des discussions de cette société, et du même coup il s'est séparé, avec éclat, des médecins précédemment nommés en se déclarant absolument favorable au divorce pour cause d'aliénation mentale, afin, dit-il, de mettre une digue à la dégénérescence progressive de notre race. Nous doutons que cet argument suffise pour convaincre ses adversaires. Mais il ne nous appartient pas de préjuger l'issue du débat. Notre seul but était de préciser l'état de la question, et de signaler à l'attention des médecins aliénistes les discussions qui vont s'ouvrir sur ce sujet intéressant.

Dans notre précédente chronique, nous avons signalé l'intérêt qui s'attache aux travaux d'ensemble où les recherches de détails, si abondantes aujourd'hui dans la science, sont mises à profit pour arriver à des théories générales et synthétiques; comme exemple, nous avons cité les leçons de M. Ch. Richet sur les conditions générales de l'existence du cerveau. Nous pouvons mentionner, aujourd'hui, comme non moins intéressant, un grand travail d'ensemble de M. le professeur Sigismond Exner, de Vienne, sur la question encore fort controversée des localisations cérébrales (1). L'auteur a passé en revue plusieurs milliers d'observations publiées, dans différents pays, par un grand nombre de médecins différents, et il a éliminé toutes celles qui ne présentaient pas, à la fois, une lésion corticale circonscrite et des altérations sensitives et motrices nettement localisées. Cette élimination une fois faite, il lui est resté 476 observations suffisamment précises, sous le

(1) *Recherches sur la localisation des fonctions de la région corticale chez l'homme*. Vienne, 1881.

rapport des données cliniques et des résultats de l'autopsie; dans aucune on n'avait constaté, soit des lésions multiples du cerveau, soit des lésions coexistantes dans le cerveau et dans la moelle. Tous les cas compliqués de méningite, de traumatisme soit du cerveau, soit du crâne, ont été soigneusement exclus. Toutes les précautions ont donc été prises pour éviter les causes d'erreur et pour arriver à des résultats aussi exacts que possible.

Une première distinction, indiquée par M. Exner, c'est que certaines localisations seraient absolues, c'est-à-dire que la lésion de la région entraîne toujours et nécessairement tel ou tel symptôme, tandis que d'autres ne seraient que relatives, c'est-à-dire que la lésion ne serait pas toujours suivie d'un symptôme persistant.

Nous ne pouvons entrer, ici, dans le détail des conclusions de l'auteur, qui ne nous sont connues, d'ailleurs, que par une analyse, parfois un peu obscure, publiée dans la *Revue scientifique* (14 mars 1882, p. 301). Aussi signalerons-nous seulement quelques points, plus particulièrement intéressants.

Un fait capital, c'est que les fonctions des deux hémisphères, seraient loin d'être identiques; d'une manière général les fonctions motrices prédomineraient dans l'hémisphère gauche et les fonctions de l'hémisphère droit seraient plutôt sensitives; on trouverait là l'explication de la localisation à gauche des lésions produisant l'aphasie, localisation qui, d'après une opinion d'Exner que nous croyons fort juste, comprendrait non seulement la circonvolution de Broca, mais aussi le lobule de l'insula.

La déviation conjuguée des deux yeux, paralysie du muscle droit interne d'un œil et du muscle droit externe de l'autre œil, tiendrait toujours à une lésion unilatérale d'un des hémisphères cérébraux; les yeux déviés regarderaient le côté de l'hémisphère altéré.

Certains groupes musculaires seraient innervés seule-

ment par un hémisphère, tandis que d'autres auraient une innervation bilatérale.

Dans certains cas, très rares, on n'observe pas d'entrecroisement des faisceaux, ce qui expliquerait certaines hémiplégies directes.

Dans certains cas d'amputations anciennes, on ne trouve pas, comme on devrait s'y attendre, d'atrophie consécutive des régions motrices correspondantes.

En dehors de ces particularités, les résultats obtenus par M. Exner confirment, dans leur ensemble, les données généralement admises sur les localisations cérébrales, notamment celles indiquées par Charcot, aux travaux duquel le professeur viennois rend pleine justice; c'est ainsi, notamment, que la région corticale de la vision se trouverait dans le lobe occipital et plus spécialement à la partie supérieure de la première circonvolution occipitale. Quant aux mouvements du membre supérieur et du membre inférieur, ils auraient, dans chaque hémisphère, leurs centres dans les deux grandes circonvolutions ascendantes et dans le lobule paracentral.

L'ouvrage est terminé, paraît-il, par une collection de vingt-cinq planches, richement coloriées, représentant les lésions corticales des cent soixante-seize observations qui ont servi de base au travail.

Ces renseignements, tout incomplets qu'ils sont, montrent que l'ouvrage de M. Exner doit avoir beaucoup d'importance, tant en raison de l'esprit d'après lequel il est conçu que du soin particulier apporté dans le choix des éléments et dans l'interprétation à leur donner. Il serait à désirer qu'il fût porté, d'une manière plus complète, à la connaissance du public français.

La Guyane anglaise possède, à Berbice, un asile public d'aliénés qui ne compte pas moins de sept cents malades des deux sexes.

Plusieurs races humaines sont représentées dans cette population; quatre cinquièmes environ sont composés de créoles et d'Indiens; le dernier cinquième comprend surtout des nègres et des Chinois. Les Européens ne représentent que 1/5 p. 100 de la population totale. Le directeur-médecin de l'asile est le Dr Gieves qui a étudié l'aliénation mentale dans les asiles de l'Angleterre et qui, notamment, s'y est familiarisé avec la connaissance de la paralysie générale. Et cependant il affirme (*British Medical Journal*, 3 décembre 1881) que, parmi tous les malades confiés à ses soins, un seul est affecté de paralysie générale; encore appartient-il au petit nombre d'aliénés européens traités à l'asile. M. Gieves fait en outre remarquer que, de toutes les causes auxquelles on peut attribuer la production de la paralysie générale, une seule fait défaut à Berbice; c'est la haute tension de l'excitation cérébrale. L'auteur en tire cette conclusion fort rationnelle que ce facteur doit exercer une influence prépondérante sur la production de la paralysie générale. Sans doute, ce n'est pas là une opinion nouvelle, mais il est intéressant de voir des faits négatifs, observés sur une nombreuse population d'aliénés, dans l'Amérique du Sud, venir confirmer la théorie soutenue par plusieurs auteurs d'après laquelle la paralysie générale, devenue si fréquente de nos jours, serait surtout due à l'excès de fatigue intellectuelle qu'entraîne si souvent avec elle l'existence surchauffée et tumultueuse des pays les plus avancés en civilisation.

On connaît le travail de M. Bordier sur une série de trente-cinq crânes d'assassins, appartenant au musée de Caen, et qui faisaient partie de l'Exposition anthropologique de 1878. A l'occasion du Congrès international, tenu à Londres l'année dernière, nous avons parlé, ici même, des recherches du professeur Benedikt, de Vienne, sur les crânes et, surtout, sur les cerveaux de criminels.

Deux médecins de la marine française ont suivi la même voie, en faisant connaître à la Société d'anthropologie de Paris le résultat de leurs études crâniométriques sur un certain nombre de têtes de forçats, faisant partie des collections des musées anatomiques des Ecoles de médecine navale de Rochefort et de Brest.

M. le Dr Ardouin a pris une suite de mesures et de dessins d'après les crânes de seize assassins, quatre voleurs, quatre coupables de viol et un empoisonneur du bagne de Rochefort; ses résultats présentent une conformité assez grande avec ceux de M. Bordier, notamment en ce qui concerne la capacité considérable des crânes d'assassins; d'après sa série, cette capacité serait en moyenne de 6,54 centimètres cubes. — D'après les deux observateurs, les régions occipitale et pariétale des crânes de mal-faiteurs s'éloigneraient peu de ce qu'elles sont dans la population ordinaire, tandis que le développement de la région frontale serait beaucoup plus faible que dans la moyenne des hommes.

Cependant, lors de sa première communication faite sur ce sujet à la Société d'anthropologie, le 17 juillet 1879, M. Ardouin n'avait pas trouvé, comme M. Bordier, que les hauteurs verticales des crânes d'assassins fussent particulièrement élevées. Une nouvelle communication, datant du 3 novembre 1881, et que nous trouvons dans le fascicule du *Bulletin* tout récemment publié, atténue dans une certaine limite cette divergence; elle montre, en effet, que deux crânes qui ont été d'abord compris dans la série des assassins n'auraient pas dû y figurer; ceux-ci supprimés, la moyenne de hauteur verticale de la série se trouve relevée. M. Bordier s'est empressé de faire remarquer que cette rectification avait pour résultat de rendre plus complète encore l'analogie des résultats crâniométriques observés par M. Ardouin et par lui.

M. Corre a présenté, dans la séance du 4 août 1881, le

relevé des mesures prises sur vingt et un crânes de galériens, conservés à Brest ; il les répartit en deux catégories, suivant que, chez eux, la criminalité lui paraît intelligente et calculée ou, au contraire, instinctive ou passionnée ; mais il nous semble n'avoir pas apporté une complète impartialité dans cette répartition, car il ne trouve qu'un seul de ses sujets à ranger dans la première catégorie, tandis qu'il confond tous les autres dans la seconde. Une pareille classification ne fait-elle pas dans la criminalité une part beaucoup trop restreinte au calcul et beaucoup trop étendue à l'instinct ; n'est-on pas étonné, notamment, de voir rangés parmi les crimes instinctifs et irréfléchis, les meurtres complétés et commis en mer par un certain nombre de marins coalisés faisant partie de l'équipage du *Fæderis-Arca* ?

La publication du mémoire de M. Corre n'étant pas complète, nous ne pouvons faire connaître ses conclusions, mais il y a déjà lieu de remarquer qu'il désigne lui-même, comme étant de dimensions et de conformation normales les crânes d'un certain nombre des meurtriers qu'il classe parmi les criminels instinctifs ; la perversion instinctive ne serait donc pas nécessairement accompagnée d'une mauvaise conformation organique.

Nous sommes loin de révoquer en doute l'intérêt qui s'attache aux études poursuivies, depuis quelques années, sur les crânes et les cerveaux des criminels. Mais nous regrettons que l'on ne puisse nous offrir, comme contrepartie, des études individuelles relatives à d'autres classes de notre société. Nous savons bien que le grand développement des facultés intellectuelles et des qualités morales appartient, souvent, à des hommes doués d'une belle tête et d'un cerveau volumineux. Mais nous voudrions savoir si, dans les rangs les plus vulgaires de la société, c'est-à-dire dans ceux qui fournissent le plus d'habitants aux bagnes et aux prisons, on ne trouverait pas un bon nombre d'individus dont

les conditions crâniométriques présenteraient, comme asymétries, atrophies, infériorités de dimensions, des caractères assez analogues à ceux de beaucoup de criminels, et qui, pourtant, n'ont jamais commis de fautes graves ni attiré sur eux les sévérités de la justice.

N'arrive-t-il pas, aussi, que des malheureux à intelligence très bornée, et à organes cérébraux mal organisés, sont entraînés à commettre des crimes par suite de mauvais conseils, et de l'ascendant que prennent sur eux certains individus, qui, eux, ne présentent aucun caractère de dégénérescence physique? Ceux-ci, au contraire, doués d'une intelligence développée, s'en servent pour concevoir des crimes qu'ils se garderaient d'exécuter eux-mêmes, et dont ils préfèrent laisser la responsabilité matérielle à leurs faibles et dociles instruments. Dans les cas de ce genre, qui sont loin d'être rares, à quelles conformations organiques attribuera-t-on la criminalité réelle, au crâne étroit et au cerveau atrophie du misérable imbécile qui a accompli le crime, ou à la tête bien organisée qui a conçu le projet et en a dirigé l'exécution? Tous ces problèmes relatifs aux rapports existant entre la perversion morale et la constitution physique nous paraissent hérissés de difficultés et composés d'éléments multiples qui n'ont pas tous, jusqu'à présent, été également étudiés.

Dans le même fascicule du *Bulletin de la Société d'Anthropologie* (séance du 17 novembre 1881, p. 752), se trouve une communication de M. le professeur Parrot qui signale un rapprochement intéressant entre l'idiotie et le développement hypertrophique de la langue. M. Parrot a rencontré, à neuf années de distance, dans son service de l'hospice des Enfants assistés, deux jeunes filles chez lesquelles la langue avait un développement excessif, pendait hors de la bouche, renversait le maxillaire inférieur, déchaussait les dents. Or ces deux sujets étaient, en même temps, affectés

d'une idiotie complète ; leur figure était bestiale, le front bas et étroit, le nez épaté, le crâne très peu développé. Un des sujets est mort et à l'autopsie on a constaté que le cerveau était atrophié. Le moule du buste a été apporté à la Société d'Anthropologie par M. Parrot, qui présentait en même temps le second sujet actuellement vivant ; on a pu être frappé de la très grande ressemblance que présentaient les deux types. D'autre part, le professeur Bouisson a signalé la coïncidence de la mégaloglossie ou glossomégalie avec un arrêt de développement d'autres parties du corps et même avec l'anencéphalie. Il semble donc y avoir un certain rapport entre l'abaissement de l'intelligence et le volume exagéré de la langue.

Terminons cette Chronique par des citations de deux articles de la presse médicale transatlantique, que nous pourrions réunir sous le titre de « Les Américains peints par eux-mêmes. » On sait que dans l'État de l'Illinois, le placement d'un aliéné, dans un asile, doit être toujours précédé d'un verdict de folie rendu par un jury. Il n'y a pas de mal à montrer comment cette pratique est jugée, sur place, par un journal de médecine qui n'appartient pas à la spécialité des maladies mentales. « Il ne peut y avoir de plus grave injustice commise, dit la *Revue médicale* de Chicago, 5 novembre 1881, que de livrer les malheurs privés d'une famille aux critiques du public. Les papiers publics constatent, fréquemment, que cela devient un passe-temps à la mode d'aller assister aux audiences du tribunal, les « jours des fous » ; en effet, on peut trouver à s'y amuser beaucoup. Ceux qui assistent à ces séances ne se figurent pas quelle cruauté inutile ils font subir aux amis de ceux que l'on fait passer en jugement pour une maladie, comme s'ils étaient des criminels. Très souvent, on discute aussi, devant le tribunal, la question des frais de traitement, et bien des gens peu aisés souffrent de voir leur indigence étalée,

au grand jour de la publicité. On invoque, il est vrai, en faveur de la loi, la nécessité de protéger efficacement la liberté individuelle des citoyens. Mais la statistique montre que la loi de l'Illinois ne protège pas cette liberté plus que ne le font les lois des autres États de l'Union, où les enquêtes médicales ne sont pas soumises à une semblable publicité. Les jurés sont, presque toujours, incapables de juger une question aussi difficile que celle du diagnostic de l'aliénation mentale, et ils ne tiennent compte des témoignages médicaux que dans les limites où ceux-ci s'accordent avec leurs propres idées préconçues. Il y a peu de médecins, dans l'État, qui ne puissent citer des malades affectés de monomanie simple, de monomanie hystérique, de folie épileptique, qui ont été déclarés, à maintes reprises différentes, sains d'esprit, par ces jurés pleins de lumières, alors qu'ils étaient extrêmement gênants ou réellement dangereux pour leurs familles, leurs amis et leur entourage. Il serait nécessaire de modifier les lois de l'Illinois, de les rendre plus discrètes et de mieux assurer la protection des existences et des intérêts de fortune. Aujourd'hui, il est plus facile de faire enfermer un monomane dangereux dans une prison, que d'obtenir son admission dans un asile d'aliénés. »

Rien ne doit être exagéré dans ce qui précède, et nous ne pouvons que partager, à tous égards, la sévérité d'appréciation de notre confrère sur l'obligation de faire comparaître, devant un jury, les simples aliénés, avant de les placer dans un asile.

N'y a-t-il pas, au contraire, une certaine exagération dans le jugement porté par le Dr G. Beard, de New-York, sur la manière dont les expertises médico-légales sont pratiquées en Amérique, dans les procès criminels ? C'est ce que nous sommes porté à croire, et nous pensons volontiers que le tableau qu'il en trace dans un article récent (*Journal of nervous and Mental disease*, janvier 1882,

p. 98) est d'une sévérité outrée; le travail du Dr Ch. Folsom, relatif à Guiteau, l'assassin du président Garfield, dont nous publions la traduction dans une autre partie de ce numéro, suffirait, à défaut d'autre preuve, à montrer que les sujets de médecine légale peuvent être traités, en Amérique, avec beaucoup d'impartialité et de compétence. Aussi voulons-nous voir une boutade satirique, plutôt qu'une description véridique de la manière dont la justice est rendue aux États-Unis, dans l'article dont nous donnons quelques extraits. « Une cour de justice est la dernière et la pire des places pour tâcher de mettre en lumière un fait scientifique quelconque... Deux parties, deux avocats; personne ne cherchant à montrer la vérité; tout le monde s'efforçant de la cacher; chacun ayant pour but, non pas d'éclairer le jury, mais de l'embarrasser et de le tromper; des experts sans compétence, loués comme on prend des chevaux de louage, pour aller partout où on les conduit, pour les retenir ou les lancer à volonté; un jury qui se recommande surtout parce qu'il ne sait pas lire, ou, s'il sait lire, parce qu'il ne sait pas comprendre; qui est incapable de se former lui-même une opinion, et qui remplit cette fonction, uniquement parce qu'il n'a rien de mieux à faire; un juge enfin qui sait moins que rien sur toutes les questions scientifiques, et qui, dans ce pays, n'est pas chargé d'interroger les témoins, mais seulement d'assister à leur interrogatoire pendant qu'ils sont alternativement insultés et sollicités au parjure par chacun des adversaires; telles sont les conditions au milieu desquelles la science se produit de nos jours, a dû se produire depuis longtemps, et devra, sans doute, se produire encore longtemps devant les cours de justice où l'on parle anglais. L'aliénation mentale n'est pas plus mal partagée en cela que toutes les autres sciences, sauf peut-être en ce sens qu'elle provoque une émotion plus vive, qu'elle est moins généralement connue et que les experts réellement propres

à bien apprécier les questions sont plus rares... Il n'y a probablement pas de maladie, quelque manifeste qu'elle soit, dont on ne puisse démontrer la non-existence devant un tribunal américain, pourvu que de graves ambitions soient en jeu, que de vives passions ou de grands intérêts personnels provoquent à faire nier l'évidence. Je suis convaincu que je n'ai jamais observé un cas de maladie nerveuse, organique ou fonctionnelle, locale ou générale, grave ou bénigne, que ce soit de la folie, ou de l'hystérie, de l'épilepsie, de la névralgie ou de la neurasthénie, dont il ait été possible de faire reconnaître l'existence par la cour de Washington, si des intérêts financiers, politiques ou religieux s'y étaient opposés. Le jury ne comprend pas mieux la question que ne la comprennent les chaises sur lesquelles il est assis; les juges ne la comprennent pas mieux que le jury; les avocats de l'un et l'autre côté ne la comprennent pas mieux que les juges. N'y a-t-il pas là autant de raisons pour que le jugement rendu soit en opposition avec la science que conforme à ses données? Voilà le rôle joué par la science, devant les cours américaines, vers la fin du XIX^e siècle, et il est probable qu'elle continuera encore longtemps à le jouer, jusqu'à ce que nous ayons atteint un degré de civilisation beaucoup plus avancé que celui auquel nous semblons pouvoir prétendre pour le moment. »

A. P.

Pathologie

NOTE

SUR UN

CAS D'HYDROCÉPHALE CHRONIQUE

PRÉSENTÉE

A LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE DANS LA SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1882

Par M. le Dr J. CHRISTIAN

médecin de la Maison nationale de Charenton

MESSIEURS,

Je vous demande la permission de vous présenter quelques pièces anatomiques recueillies sur un malade mort dans mon service ; elles ont, à défaut d'autre mérite, celui de la rareté, car elles proviennent d'un aliéné atteint d'hydrocéphale chronique, et n'ayant succombé qu'à un âge relativement avancé. Voici l'histoire de ce malade, aussi complète que j'ai pu me la procurer :

X... est né en 1838 ; je n'ai rien pu apprendre sur ses antécédents héréditaires, ni sur les particularités de sa naissance. Son enfance a été extrêmement tourmentée : convulsions, suppurations prolongées, toutes sortes d'accidents graves ont maintes fois mis son existence en péril, et les médecins qui ont eu à le soigner, et parmi eux Trousseau, lui prédisaient tous une fin prochaine... Non seulement X... a vécu, mais son intelligence s'est développée, et il a présenté des aptitudes remarquables pour la musique et les langues. Comme musicien, il a eu plus qu'un talent d'exécutant, car il a composé des œuvres qui, m'a-t-on affirmé,

n'étaient pas sans mérite. Sa facilité pour apprendre les langues a été également remarquable : il en a appris seul plusieurs, entre autres l'allemand et l'anglais. Pour le reste, son intelligence paraît être restée au-dessous de la moyenne, il n'a jamais été en état de se passer de la tutelle affectueuse des siens ; il eût été incapable de se suffire à lui-même dans la vie ordinaire. Son caractère, non plus, n'a pas été normal ; il était bizarre, irritable, inégal. Enfin sa santé physique a toujours été précaire.

C'est vers l'âge de trente-huit ans que, sans cause appréciable, se montrèrent les premiers symptômes d'aliénation mentale, sous forme de dépression mélancolique. X... eut des idées de ruine, il crut qu'on voulait le voler, le dépouiller. Le délire se manifestait par des accès paroxystiques, caractérisés par des impulsions homicides ou suicides. Il entraînait dans de véritables accès de fureur, pendant lesquels il devenait très dangereux pour son entourage ; plusieurs fois, il essaya de tuer ses proches. Dans d'autres moments, au contraire, il voulait se détruire, se frappait la tête contre les murs, essayait de s'étrangler ; — plusieurs fois il se blessa assez grièvement.

Cet état de délire ne fit que s'aggraver progressivement ; il fallut placer X... dans une maison de santé, d'où, après un séjour de quelques mois, il fut amené dans mon service.

X... est petit, maigre et chétif, mais conformé normalement. Ce qui lui donne une expression tout à fait caractéristique, c'est son énorme tête, dont le développement exagéré ne porte que sur la calotte du crâne (1) : la face a ses proportions normales. Le front fait saillie et surplombe les orbites. Il n'existe aucune trace de paralysie, les organes des sens fonctionnent normalement. Seulement la démarche est lente, hésitante, le malade a peine à se tenir en équi-

(1) La tête ressemble à celle que Gall a figurée dans son *Atlas*, Pl. LV, fig. 5.

libre. L'intelligence est affaiblie ; le malade est sans initiative ; il joue encore du piano, mais médiocrement et sans suite ; ses écrits sont incohérents.

L'agitation revient tous les quelques jours, et toujours avec les mêmes caractères ; ce sont, ou des paroxysmes de rage, pendant lesquels X... se jette à l'improviste sur les personnes qui l'entourent, essayant de les étrangler ; ou, au contraire, tournant sa fureur contre lui-même, il se frappe avec violence la tête contre les murs. Je n'ai jamais observé chez lui d'hallucinations. Pendant ces périodes d'agitation, X... se masturbe avec une véritable frénésie ; mais, même quand il est calme, il se livre à l'onanisme. C'est chez lui une pratique de vieille date, devenue beaucoup plus fréquente et presque irrésistible, depuis le début de la maladie mentale.

La déchéance intellectuelle fit de rapides progrès : X... était complètement en démence quand, dans le courant du mois de janvier, il fut pris de convulsions épileptiformes. Elles se dissipèrent sans laisser de traces apparentes ; mais à partir de cette époque, X... ne mena plus qu'une existence purement végétative. Trois semaines après cette première atteinte, nouvelles attaques convulsives, qui, cette fois, se répétèrent coup sur coup, s'accompagnant d'une rapide élévation de température : je crus le malade perdu ; cependant les accidents cérébraux se dissipèrent. Mais il survint, dans les premiers jours de février, une broncho-pneumonie, et X..., tombé dans un profond collapsus, succomba quatre jours après l'apparition des premiers symptômes.

Autopsie. — L'aspect extérieur du cadavre n'offre aucune particularité à signaler ; tous les organes ont leur conformation et leurs proportions normales, les organes génitaux n'ont pas de développement exagéré.

L'autopsie dut se borner au crâne, dont la circonférence mesure 70 centimètres ; le diamètre antéro-postérieur est de 24 centimètres.

En enlevant la calotte du crâne, on remarque que la dure-mère adhère à sa face interne dans toute son étendue ; mais les adhérences sont très faciles à détacher. Les os du crâne sont épais ; l'ossification est complète : on est frappé de la parfaite symétrie de son développement.

La dure-mère incisée, il s'écoule une quantité de liquide abondante, qui remplissait la cavité de l'arachnoïde et celles des deux ventricules latéraux, et qui, recueillie aussi exactement que possible, pèse plus de 4 kilogramme (4,050 gr.).

Le cerveau a un volume considérable : les deux hémisphères sont allongés d'avant en arrière et remplissent la cavité crânienne.

L'encéphale (cerveau et cervelet) pèse, débarrassé du liquide que renfermaient les cavités ventriculaires, 1390 gr. ; le cervelet seul pèse 186 gr.

Les deux hémisphères cérébraux sont à peu près égaux.

L'hémisphère droit pèse	615 gr.
— gauche —	595 —

Au moment où nous avons enlevé le cerveau de la boîte crânienne, le liquide contenu dans les ventricules s'était écoulé au dehors et s'était mêlé à celui de la cavité arachnoïdienne. Y avait-il libre communication entre celle-ci et les ventricules, ou ne s'était-elle produite qu'après une rupture accidentelle ? J'inclinerais volontiers pour la première hypothèse, parce que les ventricules latéraux avaient un développement énorme, et que je ne m'expliquerais pas facilement comment ils auraient pu ainsi être gorgés de liquide, s'ils avaient été entièrement isolés de la cavité de l'arachnoïde.

Autant que permet d'en juger l'examen superficiel du cerveau, cet organe paraît conformé normalement ; aucune des parties constitutives ne manque. Ce qui est caracté-

ristique, c'est l'énorme développement des ventricules latéraux. Les deux hémisphères semblent formés par une poche circonscrite par une couche mince de substance cérébrale. La substance grise surtout est amincie; les circonvolutions paraissent bien développées et avoir leur configuration normale.

Rien de particulier dans les méninges, qui n'offrent aucune trace d'inflammation et qui n'adhèrent en aucun point à la substance corticale.

Le cervelet a son apparence normale.

Dans la cavité de l'arachnoïde, sur la face interne de la dure-mère, on remarque l'existence d'une tumeur qui remplit la moitié droite du crâne, allongée d'avant en arrière. Cette tumeur est molle, fluctuante; elle forme une poche qui, par son côté externe, adhère intimement à la dure-mère, tandis que, par son côté interne, elle est libre. En l'incisant, il s'en écoule de la sérosité sanguinolente dans laquelle nagent des caillots de sang plus ou moins profondément altérés; le poids total du liquide et des caillots est de 450 gr. Les parois de la poche sont formées par une membrane fibreuse, épaisse, bien organisée. Evidemment, il s'agit d'un hématome de la dure-mère déjà ancien.

Pour compléter l'observation, il conviendrait maintenant d'y joindre la description détaillée du cerveau. Notre honoré maître, M. Luys, a bien voulu se charger de cette tâche, qui ne sera possible que lorsque le cerveau aura été convenablement préparé.

Réflexions. L'hydrocéphale congéniale entraîne généralement la mort à brève échéance, dans les premiers mois, ou, au plus tard, dans les premières années de la vie. Cependant tous les auteurs qui ont écrit sur la matière ont cité des faits qui font exception à la règle. On a vu des hydrocéphales qui ont vécu jusqu'à 45 ans (Ekmarck); jus-

qu'à 55 (Gall), même jusqu'à 70 (cabinet de Dupont; (1). Gœlis, cité par Breschet (2), a connu deux hydrocéphales, âgés, l'un de 74, l'autre de 79 ans. Mais ce sont là des faits extrêmement rares, et l'âge auquel est arrivé mon malade doit certainement être considéré comme exceptionnel.

Le volume de la tête est moindre que celui signalé dans beaucoup d'autres cas : il y a des observations d'hydrocéphales dont la tête avait 25, 26, 30 pouces de circonférence, c'est-à-dire environ 75, 78, 90 centimètres. Michaelis a connu un homme de 29 ans dont la tête mesurait 32 pouces (96 centimètres) de circonférence. Suivant Franck (3), la tête la plus volumineuse qu'il ait vue est celle d'un enfant de seize mois, conservée dans le cabinet de Cruikshank; elle avait 52 pouces (156 centimètres) de tour!

Comme corollaire du volume de la tête, il y a la quantité de liquide contenu dans le crâne. A cet égard, les auteurs donnent des chiffres tellement considérables que je ne puis m'empêcher de les faire suivre d'un point d'interrogation : 20, 25, 30 livres! ce qui ferait 10 à 15 litres! Chez mon malade il n'y en avait qu'un kilogramme, soit un litre.

Gall prétend que « chez les hydrocéphales le crâne » garde la flexibilité du parchemin. Même à l'âge de 50 à 60 ans, dit-il, les crânes des hydrocéphales sont certainement très minces, quoique complètement ossifiés (4). » Il n'en a pas été ainsi chez X...; son crâne, au contraire, était très épais, parfaitement ossifié, et, chose remarquable, il présentait dans son développement une symétrie parfaite.

(1) Dugès, art. *Hydrocéphale* du Dict. en 45 vol.

(2) Dict. de médecine, 1837, art. *Hydrocéphale*.

(3) J. Franck, *Traité de pathol. int.*, trad. Bayle. — Paris 1838-45, II, art. *Hydrocéphale*.

(4) Gall, *Anat. et physiol. du cerveau*, Paris, 1818, III, p. 43.

Chez les hydrocéphales, le cerveau est généralement réduit à une poche formée par les ventricules, et circonscrite par une couche très mince de tissu cérébral dégénéré. Cette disposition existait, il est vrai, chez mon malade ; mais la substance cérébrale n'en était pas pour cela diminuée : il y en avait une quantité normale (environ 1100 gr.), étalée sur une surface plus grande, ce qui donnait aux hémisphères une étendue plus considérable en même temps qu'une épaisseur beaucoup moindre.

L'examen microscopique, quand il aura été fait, pourra seul nous renseigner sur la structure de cette substance cérébrale. *A priori*, nous pouvons cependant nous dire que cette structure devait être normale ou à peu près, puisque non seulement X... n'était pas un idiot, comme le sont presque tous les hydrocéphales, — mais qu'il avait même certaines facultés très développées.

Il est un dernier fait qui m'a frappé, et sur lequel je veux appeler l'attention : c'est l'existence de cette tumeur sanguine, de cet hématome de la dure-mère, qui remplissait presque tout le côté droit de la cavité de l'arachnoïde, sans cependant exercer de compression sur l'hémisphère correspondant, — puisque cet hémisphère pesait même plus que celui de gauche. A quelle époque faut-il faire remonter l'apparition de ce kyste ?

Il me paraît évident qu'il était ancien ; ses parois fibreuses, épaisses et bien organisées, en sont une preuve. Mais faut-il en faire remonter l'origine aux premiers temps de l'existence, ou n'est-il apparu que dans les dernières années ? peut-être à l'époque où se sont montrés les premiers symptômes d'aliénation mentale ?

J'incline à croire que ce kyste datait de la première enfance, que pendant de longues années il était resté, — qu'on me passe la comparaison, — à l'état de volcan éteint, — qui, tout à coup, sous je ne sais quelle influence, était rentré en activité. Alors s'étaient faites dans

son intérieur ces hémorrhagies successives dont nous avons pu en quelque sorte constater les âges différents. Le kyste, en effet, était rempli par un liquide sanguinolent renfermant des caillots arrivés à différents degrés de désorganisation; quelques-uns de date tout à fait récente, dus sans doute à des hémorrhagies ayant coïncidé avec les attaques épileptiformes des derniers temps.

J'arrête ici ces considérations : l'observation n'aura tout son intérêt que lorsqu'elle aura été complétée par l'examen anatomique détaillé des différentes parties du cerveau.

NOTE

SUR LA

PATHOGÉNIE DES HALLUCINATIONS

A PROPOS D'UN CAS D'HALLUCINATIONS VOLONTAIRES
PSYCHO-SENSORIELLES CHEZ UNE ALIÉNÉE

Par M. le Dr V. PARANT

Médecin de la maison de santé de Toulouse.

La question de la nature et de l'origine des hallucinations n'est pas encore complètement résolue.

Après les recherches de M. Baillarger, de Brierre de Boismont, de Michéa et d'autres; après les discussions soutenues au sein de la Société médico-psychologique; après les travaux récents de MM. les Drs Despine (1) et Régis (2), qui ont appelé de nouveau l'attention sur ce sujet, il ne semblera sans doute pas hors de propos de faire connaître un fait qui s'est présenté à mon observation, et qui, par ses particularités très intéressantes, me paraît avoir sur ce point une réelle importance.

Mais tout d'abord, et afin qu'on tire de ce fait les conclusions qu'il comporte, il faut exposer brièvement l'état de la question.

De nombreuses théories, qu'il est inutile d'énumérer, ont été émises sur l'origine des hallucinations. Il suffit de rap-

(1) Dr Despine, *Théorie physiologique de l'hallucination*. (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1881.)

(2) Dr Régis, *Des hallucinations unilatérales*. (*Journal l'Encéphale*, 25 mars 1881.)

peler que toutes ont pour but commun de déterminer la part qui revient soit à l'intelligence, soit aux sens, dans la production du phénomène morbide. Et en effet, il est impossible de rechercher ailleurs que dans les modifications anormales des fonctions intellectuelles ou sensorielles le point de départ des hallucinations.

Parmi ces théories, deux seulement ont une importance prépondérante.

La plus récente est due à M. Luys et à M. Ritti, qui l'ont habilement soutenue. D'après eux, l'hallucination est un phénomène purement réflexe, un acte d'automatisme cérébral. Ils partent de ce principe que les ganglions, centres de perception des organes des sens, ont des aptitudes en rapport avec les fonctions des divers organes. Dans l'état normal, ces aptitudes ne s'exercent que sous l'influence des agents extérieurs. Dans l'état morbide, au contraire, elles acquièrent une complète spontanéité, et la fausse sensation n'est que le résultat du fonctionnement anormal des ganglions centraux.

Cette explication, qui exclut toute intervention directe de l'élément intellectuel, a certainement le mérite d'être simple et facile à saisir. Mais elle prête à plusieurs objections, et, comme nous le prouverons plus loin par le fait que nous citerons, elle a en particulier le défaut de ne pas s'appliquer à tous les cas d'hallucinations.

L'autre théorie, la plus ancienne et la plus généralement admise, est celle de M. Baillarger, établissant que le point de départ des hallucinations est et ne peut être que dans l'intelligence. L'imagination, agissant sur le cerveau, son organe, donne aux centres de perception un mode de fonctionnement analogue à celui qu'ils ont en présence d'une impression réellement perçue par les organes des sens.

Mais ici se présentaient plusieurs questions secondaires qui demandaient à être résolues. Comment se produit le phénomène morbide? L'intelligence agit-elle toujours indé-

pendamment d'une modification anormale du système sensoriel ? Quelle est, dans tous les cas, la part des organes des sens ?

M. Baillarger n'est pas entré dans l'étude de ces diverses questions ; il s'est borné à établir un fait, à savoir l'intervention certaine et primordiale de l'intelligence.

Les recherches de MM. les D^{rs} Despine et Régis, qui confirment les faits acquis par M. Baillarger, les complètent aussi, en déterminant la part qui revient aux sens et à l'intelligence.

Se basant sur des cas d'hallucinations unilatérales, M. le D^r Régis admet que l'hallucination peut avoir pour origine réelle une modification pathologique de l'organe sensoriel dans lequel elle se localise. Mais, dit-il, l'hallucination ne devient réellement telle que lorsque l'intelligence est intervenue. Et la raison qu'il en donne, c'est que, s'il n'en était pas ainsi, on ne saurait expliquer pourquoi les mêmes lésions sensorielles ne donnent pas toujours lieu à des hallucinations, bien plus, aux mêmes hallucinations.

Malgré le cas qu'il cite d'un halluciné guéri de sa maladie mentale, en même temps que d'une maladie de l'oreille, cet argument ne nous semble pas décisif ; car, si les mêmes lésions sensorielles ne donnent pas toujours lieu à des hallucinations, c'est qu'il n'y a aucune relation absolue, de cause à effet, entre les unes et les autres, et qu'il y a seulement coïncidence. Il se peut (et nous croyons qu'il en est souvent ainsi) que l'hallucination se soit localisée dans tel ou tel organe des sens, parce qu'il y avait d'abord lésion périphérique ou centrale de cet organe. Mais, très souvent aussi, l'organe où se localise l'hallucination, est indemne. C'est donc que la fausse sensation provient d'ailleurs. La coïncidence n'en était pas moins importante à signaler, et à ce titre le travail de M. le D^r Régis présente un réel intérêt.

Dans le mémoire de M. le D^r Despine, nous relevons

particulièrement des faits qui sont d'une extrême importance : ce sont les faits d'hallucinations de la vue, devenues doubles, sous l'influence d'un strabisme artificiel, alors qu'elles étaient simples dans la disposition normale des yeux.

Il faut rapprocher des cas cités par M. le Dr Despine, ceux qui ont été communiqués à la Société de biologie, dans la séance du 17 décembre 1884, par M. Féré, concernant certaines hallucinations de la vue chez des hystériques. M. Féré a donné la preuve que, dans ces hallucinations, l'objet est bien vu comme un objet réel, et qu'il est vu des deux yeux suivant les lois physiologiques ordinaires. En effet, si l'on place un prisme devant les yeux des malades, ces femmes voient immédiatement deux images, et toujours l'image fausse est placée conformément aux lois de la physique.

Il y a dans ces faits la preuve évidente : 1^o que, dans les hallucinations franches, il y a un élément sensoriel et un élément intellectuel ; 2^o que, pour se localiser dans tels ou tels sens, les hallucinations empruntent le concours de leurs organes ; 3^o enfin, que l'hallucination se localise alors que l'organe est parfaitement sain, et que, par conséquent, c'est en dehors du sens lui-même qu'il faut chercher l'origine du phénomène morbide.

Il résulte encore de ces faits que M. Baillarger a bien caractérisé les hallucinations en les nommant « psycho-sensorielles. »

Il reste à établir que le point de départ des hallucinations est réellement dans l'intelligence.

Or, nous en trouvons la preuve irrécusable dans les cas d'hallucinations volontaires semblables à celui que nous avons à citer.

Pour donner à notre observation toute sa valeur, nous devons d'abord mettre hors de cause deux espèces d'hallucinations volontaires, assez communes, mais bien différentes

de celle qui nous occupe, et qui, du reste, n'étant pas proprement des hallucinations, ne peuvent pas entrer en ligne de compte.

En premier lieu, il y a des personnes particulièrement douées, des artistes, des musiciens, des peintres, capables de concentrer de telle sorte les facultés de leur esprit, qu'ils arrivent à se représenter mentalement des images, à concevoir des sons, comme s'ils les voyaient ou entendaient en réalité. Brierre de Boismont a étudié en détail les cas de ce genre, et il en fait le point de départ de sa théorie des hallucinations, lesquelles, d'après lui, consistent surtout dans une représentation mentale plus ou moins vive et nette. Mais les personnes dont il parle ne sont pas réellement hallucinées, et ne font que mettre en jeu, d'une manière extraordinaire, leur mémoire et leur imagination.

En second lieu, il y a des malades capables d'éprouver ce que M. Baillarger a désigné sous le nom d'hallucinations psychiques, et que Michéa appelle de fausses hallucinations. Bien que, dans ce dernier cas, le phénomène soit plus réellement morbide que dans le cas précédent, la manière dont les individus expliquent les impressions qu'ils éprouvent indique clairement qu'il n'y a pas là encore de véritables hallucinations. Ils ont, disent-ils, la faculté d'entendre le langage d'âme à âme, le langage de la pensée; ils entendent des voix intérieures; ils croient avoir un sixième sens.

La plupart des individus qui composent le premier groupe, sont ordinairement sains d'esprit et se rendent bien compte de la nature de leurs impressions. Dans le second groupe, on ne trouve guère que des aliénés qui croient à la réalité de ce qu'ils imaginent. Les uns et les autres ont cela de commun qu'ils peuvent aisément, dès qu'ils en ont la volonté, s'engager dans un monde imaginaire. Le rôle de leurs facultés mentales, dans cette opération, est facile à saisir, et il est évident que leur intelligence seule est en jeu. Mais, comme ces individus ne sont pas de vrais hallucinés,

ils ne peuvent pas servir à prouver l'origine intellectuelle des hallucinations.

En dehors de ces deux groupes d'individus, capables d'avoir ainsi de fausses hallucinations volontaires, il y en a d'autres qui peuvent, volontairement aussi, avoir des hallucinations réelles, de celles que M. Baillarger appelle psycho-sensorielles, et dans lesquelles l'impression sensitive morbide est certainement extériorisée.

Michéa ne le met pas en doute, et d'autres auteurs avec lui l'ont affirmé.

M. Baillarger, au contraire, semble porté à croire que, dans tous les cas d'hallucinations volontaires, il ne peut s'agir que d'hallucinations psychiques.

Notre observation nous parait, à cet égard, absolument démonstrative ; la voici :

Mlle X..., âgée de trente-huit ans, a été confiée à mes soins en 1877 ; elle était alors malade depuis plusieurs années.

Elle est atteinte d'une maladie mentale caractérisée, surtout, par le délire des persécutions et par des hallucinations.

Depuis que je l'observe, ce délire des persécutions avec hallucinations a toujours été des plus manifestes ; il consiste surtout en ce que Mlle X... croit être l'objet constant de tentatives criminelles sur sa personne, auxquelles elle cherche à échapper par mille manières ; tantôt elle reste immobile des heures entières, le long d'un mur, les jambes serrées ; tantôt elle veut coudre ses jupons et ses robes. La nuit elle accumule sur elle les couvertures. Les femmes qui l'approchent sont des hommes déguisés qui en veulent à sa pudeur. Les hommes véritables sont naturellement tenus en suspicion non moins grande ; quelques-uns, que Mlle X... désigne, ont pénétré la nuit dans son lit ; elle les a sentis et touchés, et elle précise leurs tentatives contre lesquelles elle proteste.

Mlle X... a, en outre, des idées hypochondriaques. Elle

croit souvent avoir les intestins bouchés, et demande sans cesse des purgatifs. Elle se plaint à chaque instant de malaises purement imaginaires.

Les hallucinations sont nombreuses et presque incessantes ; elle éprouve toutes celles dont sont tourmentés les aliénés les plus malades : révélations, menaces, suggestions, voix proclaines ou éloignées, venant soit des bâtiments, soit de souterrains qu'elle croit exister sous la maison qu'elle habite, et où elle entend gémir de malheureuses victimes, des membres de sa famille, etc...

Ses écrits, comme son langage, témoignent de la multiplicité de ses idées délirantes. En voici deux extraits intéressants :

« *Octobre 1877.* — Depuis le 9 de ce mois, on m'a dit plusieurs fois, dans le fond du promenoir, le motif de mon séjour dans ce lieu, ainsi que celui de mes compagnes. Nous sommes toutes des sujets des bulles de saint Thomas, après lesquelles l'Etat donne de la prison temporaire ; la mienne est, dit-on, de cent six jours. On ajoute qu'elle n'aurait pas dû m'être imposée à titre de grand exemple, les ayant précédées ; mais il fallait contenter le peuple et toute la ville. Consultez là-dessus le code aux divers articles d'exemples, bulles, règles de police et cent jours et plus.... »

« *Mai 1879.* Je constate qu'une diminution sensible des menstrues s'étant produite avec persistance depuis le 2 septembre 1878, celle de ce mois me fait réellement craindre une coagulation grave dans les entrailles, et peut-être un accident amenant une grossesse. Pour détruire cet état de souffrance, il me faudrait des remèdes réservés par l'état civil, auxquels j'ai droit... Ici je suis privée de l'inviolabilité du domicile. Pour les rires et les conversations dans les panneaux, je suis à jour... »

Ces courts extraits peignent bien l'état mental de M^{lle} X... Mais ce n'est pas seulement comme aliénée hallucinée et persécutée que je veux la faire connaître : en cela elle ressem-

ble à beaucoup d'autres malades. Ce qui constitue une particularité très intéressante de ses hallucinations, ce qui la distingue de la foule des aliénés, c'est que M^{lle} X... provoque spontanément quelques-unes de ses sensations morbides, comme on va le voir.

Elle a des plaintes ou des demandes à faire; elle vient nous les exposer. Généralement, les réponses qui lui sont faites ne la satisfont pas. Alors elle se rend dans un endroit qu'elle a choisi de préférence, soit auprès du passage d'un ruisseau sous un mur, soit auprès d'une fenêtre dont les persiennes sont fermées, plus rarement derrière une porte. Elle frappe plusieurs petits coups pour attirer l'attention d'interlocuteurs invisibles; après quelques moments d'attente, elle est informée qu'ils sont là, et la conversation s'engage. « Monsieur le major, dit-elle (c'est surtout avec des majors qu'elle est en relation), j'ai demandé telle ou telle chose et l'on m'a fait telle ou telle réponse. Qu'en pensez-vous? — Une pause, pendant laquelle elle écoute. — Elle parle de nouveau, se tait, recommence; et après que ce manège a duré plusieurs minutes, elle vient nous dire que les renseignements qu'elle a pris, les réponses qui lui ont été faites ne sont pas d'accord avec nos paroles; et que nous devons la laisser libre d'agir autrement que nous ne le permettons.

D'autres fois elle va consulter ses majors parce qu'on veut lui faire prendre des aliments qui ne lui conviennent pas; lui faire faire un travail ou obtenir d'elle une chose qui lui est désagréable.

Quelquefois, lorsqu'elle est tranquillement assise au milieu d'autres personnes, s'il se passe quelque chose qui lui déplaît, elle se lève subitement, va au milieu du jardin, ou près de son mur, appelle à haute voix, écoute, parle, et revient s'asseoir en disant que les majors ont blâmé ce qui s'est passé.

Personne, autour d'elle, ne se méprend sur ce qu'elle

éprouve, et il est impossible de douter de la réalité, pour la malade, de ces prétendues conversations qu'elle a provoquées. Elle est certainement de très bonne foi, comme nous l'indique son attitude. Voici un passage d'une de ses lettres qui prouve sa sincérité :

« Hier, vers dix heures du matin, *donnant de mes nouvelles* dans l'une des *conques* de cours, j'entendis M. le major observer que M. le premier substitut est lent ou bien impuissant pour mon départ. *J'expédiai à toute voix* à la grille *cette question* : Est-ce que messieurs les officiers refusent escorte ? Ou M. le préfet ses sergentsaux ? — Alors M. le major me répondit et précisa qu'il faudrait deux sergents au sabre et non des *taux*. — A midi un fifre retentit à la porte de l'allée, mais n'arriva point auprès de celle que j'ébranlais en signe de présence.....

» Voilà la masse que je frappe neuf fois sur la porte voisine du bureau de ville, où MM. les majors Pezeux (?) et de Kers (?) doivent noter ma demande, afin de produire ma sortie indéfiniment différée, le plus tôt possible ; c'est à huit, midi, deux heures que je formule ma réclamation....»

Pour bien établir que nous avons affaire à de véritables hallucinations volontaires, à des hallucinations psychosensorielles et non pas à des hallucinations psychiques, nous avons étudié la malade avec le plus grand soin, et voici ce que nous avons reconnu : Les voix qu'elle entend dans les conversations qu'elle provoque, appartiennent à plusieurs personnes différentes ; ordinairement ce sont deux majors qu'elle désigne, comme nous l'avons vu, sous les noms fantaisistes de Pezeux et Kers. L'un a la voix plus grave que l'autre. Lorsqu'elle ne les interpelle pas directement pour se renseigner auprès d'eux, elle les entend quelquefois ; mais alors leur voix est confuse, comme un murmure, et leur parole ne devient nette que si elle les interroge. Parfois, lorsqu'ils sont interrogés, ils ne répondent pas immédiatement ; ils commencent par s'entretenir

à voix basse, comme pour concerter leur réponse. Alors la malade n'entend pas ce qu'ils disent. Dans le principe, elle ne les entendait que derrière un mur, ou derrière les volets d'une chambre, et il lui fallait aller leur parler là où ils étaient. Actuellement il en est encore de même le plus habituellement ; quelquefois elle peut les entendre murmurer, parler à voix basse auprès d'elle, en quelque lieu qu'elle se trouve ; et elle n'a pas besoin de se déplacer pour les interpeller. Enfin, la malade dit très positivement que c'est bien avec ses oreilles qu'elle les entend, principalement avec la droite, plus exercée que l'autre, et non point mentalement, ni à l'aide d'un sens extraordinaire.

Il est donc bien évident que cette hallucinée présente nettement cette disposition de pouvoir à son gré se procurer de fausses sensations auditives, et se faire répondre, par les voix qu'elle croit entendre, des phrases assez complètes pour constituer toute une conversation. Elle croit à la réalité de ce qu'elle entend et n'admet pas qu'elle soit hallucinée. Elle diffère donc beaucoup des autres aliénés, qui sont uniquement passifs en présence du phénomène morbide, qui n'entretiennent pas de conversations suivies avec leurs interlocuteurs invisibles ; ou, à tout le moins, qui ne provoquent pas, ne recherchent pas ces conversations. Elle joue un rôle vraiment actif, et a une initiative évidente dans la production de quelques-unes de ses idées délirantes.

Ces hallucinations provoquées, voulues, se produisent évidemment dans les conditions suivantes : La malade se formule inconsciemment à elle-même ce qu'elle désire, ce qu'elle veut. Dans cette disposition d'esprit, elle interpelle ses majors qui lui font des réponses conformes à ses idées préconçues. Les réponses préparées d'avance, prennent corps aussitôt que la question a été faite, et par suite des conditions morbides, deviennent une hallucination véritable. Dans tout ce qui s'est produit il y a certainement

une opération intellectuelle primordiale, une influence manifeste de l'imagination sur la mise en activité des centres de perception.

Si, malgré l'évidence du fait, il était besoin de démontrer que le système sensoriel n'a fonctionné que postérieurement à l'intelligence, on trouverait cette preuve, précisément dans la nature et la variété des réponses, des paroles entendues par la malade. Les vibrations anormales du système sensoriel sont à elles seules impuissantes à produire une telle diversité, et ne peuvent engendrer, en fausses sensations, que des sons uniformes, que des bruits confus, ou au plus des mots peu nombreux et indéfiniment répétés.

C'est là, du reste, le cas de la plupart des hallucinés chez qui une menace, une injure, une courte phrase, un ou deux mots souvent reproduits constituent toutes les hallucinations. Nous ne nous dissimulons pas qu'il y a là un ensemble d'opérations et de modifications difficiles à suivre. Nous pourrions sans doute, pour les expliquer, employer les formules données par M. le Dr Despine dans le travail dont nous avons parlé. Nous pourrions dire, avec lui, que l'activité nerveuse centrifuge a conduit l'excitation cérébrale, créatrice de l'idée, d'abord au ganglion sensitif, où cette idée s'est sensibilisée, et ensuite à l'organe externe du sens, qui a été impressionné comme par un objet extérieur. Mais cette activité nerveuse centrifuge n'est encore qu'une hypothèse. Nous préférons donc nous en tenir à la constatation du fait, dont la portée est incontestable, à savoir l'existence d'hallucinations psycho-sensorielles, volontairement produites par la personne qui les entend, et dans lesquelles l'imagination, la pensée a élaboré les éléments de la sensation morbide avant que celle-ci soit devenue réelle, sensorielle, et se soit extériorisée.

En nous appuyant donc sur cette vérité acquise, nous sommes amené à reconnaître qu'il n'est pas possible de

voir dans les hallucinations volontaires le résultat d'un simple automatisme ou de la mise en jeu des propriétés réflexes de la cellule cérébrale. D'où il suit que la théorie de l'automatisme est imparfaite, comme n'étant pas applicable à tous les cas.

Par contre, nous trouvons là une justification complète des conclusions de M. Baillarger, à savoir que les hallucinations se produisent de dedans en dehors; c'est-à-dire sont conçues par l'intelligence, avant de se localiser dans tel ou tel organe.

Nous ne ferons qu'une réserve à ces conclusions, et cette réserve porte en réalité plutôt sur un mot que sur une chose. M. Baillarger, parlant des conditions nécessaires à la production des hallucinations, dit qu'il faut « l'exercice involontaire de la mémoire et de l'imagination. » Ne serait-il pas plus exact de dire « exercice inconscient? »

En effet, dans notre observation, nous voyons une malade qui a des hallucinations provoquées, voulues, mais qui n'a pas conscience qu'elle les veut. Elle transforme spontanément en hallucinations ce qui n'est que l'expression de sa pensée, de ses désirs, de sa volonté, mais elle ne se rend pas compte qu'elle ait ainsi des hallucinations. Elle met volontairement en exercice ses facultés mentales, mais cet exercice est tout à fait inconscient.

Les conclusions à tirer de cette note et de l'observation qui en fait l'objet peuvent se résumer de la manière suivante :

Les sens, malades ou sains, et l'intelligence ont, chacun de leur côté, une part d'action certaine dans la production des hallucinations véritables.

Il y a des cas d'hallucinations psycho-sensorielles volontaires chez des aliénés, qui démontrent péremptoirement, dans cette production, l'influence primordiale, originelle de l'intelligence.

DE LA DÉMENCE PARALYTIQUE

DANS SES RAPPORTS AVEC L'ATHÉROME ARTÉRIEL
ET LE RAMOLLISSEMENT JAUNE

Par M. le D^r CULLERRE

Directeur médecin de l'asile de la Roche-sur-Yon

On rencontre et plus particulièrement peut-être dans les asiles qui reçoivent des malades appartenant à des populations rurales, une catégorie d'aliénés dont la maladie tient à la fois de la paralysie générale et de la démence sénile. En présentant ici quelques-unes des observations de ce genre que j'ai pu recueillir, mon but n'est pas de remettre en question le diagnostic différentiel de ces deux maladies, que Marcé s'efforçait d'établir il y a vingt ans (1), mais simplement d'appeler l'attention sur un point de clinique intéressant et délicat, sur une sorte de forme mixte, tant par suite des lésions anatomiques qui sont doubles, que par suite des symptômes qui tiennent à la fois des deux maladies, tout en paraissant se rapprocher davantage de l'une ou de l'autre, suivant les cas.

Les lésions que l'on trouve à l'autopsie de ces malades sont doubles, ai-je dit. Je regrette de ne pouvoir apporter ici des données micrographiques complètes, qui eussent

(1) Marcé, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile, et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale*. Paris, 1863.

donné plus d'autorité et de rigueur scientifique à la démonstration que je me propose; je parlerai donc surtout des lésions que l'on peut constater à l'œil nu; ce sont, d'une part, celles dont l'ensemble constitue l'anatomie pathologique de la paralysie générale: adhérences corticales plus ou moins généralisées; granulations épendymaires, épaississement des méninges, ramollissement de la substance grise et induration de la substance blanche; d'autre part, on trouve l'athérome plus ou moins prononcé du système artériel, et principalement des capillaires cérébraux; des anévrysmes miliaires, et des foyers plus ou moins étendus de ramollissement jaune.

M. Voisin, dans son traité (1), décrit une forme de paralysie générale liée à l'athérome artériel et qu'il désigne sous le nom de paralysie générale sénile. Ses caractères seraient les suivants: Elle est rare, son évolution est rapide et ne dépasse pas deux ans; les troubles intellectuels sont absolument les mêmes que ceux de la paralysie générale classique. Les troubles somatiques sont également les mêmes quoique peu marqués; la démence ressemble beaucoup à la démence de la folie vésanique.

Pour les lésions révélées par l'autopsie, je cite textuellement: « Les lésions ne sont pas celles qu'on observe habituellement dans la paralysie générale; ainsi les adhérences » entre la pie-mère et la substance corticale sont peu nombreuses, elles sont partielles le plus ordinairement; dans » quelques cas elles n'existent pas, mais la lésion essentielle c'est l'athérome de tout le système artériel: plaques calcaires d'étendue variable sur les valvules mitrale » et aortique, dilatation de la crosse de l'aorte, athérome » des artères de la base de l'encéphale... Examinées au » microscope, les parois des artères présentent un nom-

(1) *Traité de la paralysie générale des aliénés*, par le D^r Voisin. Paris, 1879.

» bre considérable de granulations granulo-graisseuses. »

Dans cette description anatomo-pathologique, il y a un point à remarquer, c'est que l'auteur semble admettre que l'athérome généralisé peut à lui tout seul constituer une forme de paralysie générale. Cette manière de voir me semble contraire à la doctrine de l'unité de la paralysie générale, et paraît tendre à confondre avec cette dernière certaines démences séniles et certaines démences consécutives, dans lesquelles la lésion caractéristique est précisément cet athérome généralisé. Or les symptômes morbides qui accompagnent l'athérome généralisé sont excessivement variables, et ne se rapprochent pas nécessairement de ceux qu'on observe dans la paralysie générale, ni même dans cette forme clinique mixte dont nous nous occupons ici.

Les troubles somatiques, au lieu d'être de nature ataxique, consistent dans l'affaiblissement ou l'abolition de la motilité, et sont loin d'être constants. On ne les rencontre que chez les sujets porteurs de lésions cérébrales en foyer.

Quant aux troubles psychiques, ils ne m'ont pas paru pouvoir se rattacher à un type déterminé. Chez les sujets atteints de démence symptomatique, d'un athérome cérébral très prononcé, on constate l'affaiblissement des facultés, des hallucinations nocturnes, du délire de locomotion, et quelquefois, dans la période ultime, quelques vagues idées de grandeur. D'autres fois, l'athérome cérébral coïncide avec du délire mélancolique et des idées de suicide. Chez les vieux aliénés chroniques, qui succombent aux désordres encéphaliques occasionnés par cette lésion, on constate fréquemment, il est vrai, le délire des grandeurs, mais ce délire est plus ou moins systématisé et lié à du délire hypochondriaque ou à des idées de persécution; et la physionomie de la démence n'est pas celle de la démence paralytique. Parmi les nombreuses autopsies d'aliénés chroniques que j'ai faites, en effet, celles dans lesquelles j'ai rencontré l'athérome des artères cérébrales le plus prononcé se sont pré-

sentées chez des sujets atteints primitivement de folie partielle avec délire sensoriel et idées de grandeur. Mais dans les observations dont il va être question plus loin, le délire des grandeurs sera précisément absent, ou ne se manifestera que par quelques symptômes fugitifs et liés à un état congestif transitoire.

L'athérome n'est donc pas une lésion susceptible de se manifester au dehors par des symptômes uniformes, précis, et constituant un syndrome défini. Par conséquent, nous devons pour justifier le diagnostic de démence paralytique chez un athéromateux, constater un ensemble de manifestations psychiques et somatiques appartenant bien en propre à cette dernière, et trouver à l'autopsie non seulement de l'athérome, mais encore des lésions classiques de la paralysie générale.

De plus, ces lésions devront avoir une certaine importance, et ne point différer en généralisation et en intensité de celles qu'on trouve à l'autopsie des paralytiques ordinaires; car isolées et discrètes, elles peuvent se rencontrer chez des individus atteints d'autres maladies cérébrales. Les adhérences corticales, par exemple, peuvent, ainsi qu'on en verra des exemples plus loin, exister parfois dans la démence sénile; M. Voisin en cite un exemple (1). On en trouve un autre dans le travail de Marcé précédemment cité (2). Ces mêmes adhérences, on le sait, se rencontrent quelquefois à l'autopsie des épileptiques, chez qui on trouve aussi, et même plus fréquemment, des foyers de ramollissement, foyers en général multiples, peu profonds et siégeant à la périphérie corticale, comme les adhérences. J'ai rencontré les cellules araignées de Lubimoff dans des cas de démence consécutive à la folie simple. Récemment, chez un individu de soixante-deux ans qui

(1) *Loc. cit.*, p. 278 (en note).

(2) *Loc. cit.*, p. 70 du tirage à part.

succombait après quelques mois seulement de maladie, et qui avait présenté pendant la vie les signes de la démence maniaque avec délire hypochondriaque à forme grave, et sur ses derniers jours quelques idées de richesses, je trouvais dans certaines circonvolutions une abondante prolifération de noyaux sur les capillaires, rappelant absolument ce qu'on trouve dans la paralysie générale, tandis que dans d'autres régions, les vaisseaux étaient absolument sains ou présentaient simplement la dégénérescence granulo-graisseuse.

Je crois qu'au fur et à mesure que l'anatomie pathologique des folies chroniques et des démences consécutives sera mieux connue, on trouvera l'explication de beaucoup de ces faits douteux, difficiles à classer et qui, au point de vue clinique, flottent entre la paralysie générale classique et les diverses démences.

Les observations qui vont suivre ne peuvent fournir les éléments d'une description d'ensemble; mais elles offrent cependant quelques traits que je m'efforcerai de mettre en relief en passant. Au point de vue psychique d'abord, elles présentent toutes un fonds commun, constitué par la démence totale, l'effondrement uniforme de toutes les facultés. L'observation suivante me semble un type de ce genre.

Observation I.

Démence paralytique sans complications délirantes. — Marasme. — Mort.
— Autopsie : athérome des artères cérébrales.

La femme D..., âgée de soixante ans, bouchère, d'une taille et d'un embonpoint au-dessus de la moyenne, est admise comme aliénée. Aucun renseignement ne nous est fourni sur ses antécédents, ni sur les causes et le début de sa maladie. Elle est dans la démence paralytique à la troisième période. Intelligence à peu près abolie, embarras extrême

de la parole, pupilles inégales, sensibilité très obtuse. Elle ne comprend rien, ne formule aucune idée, répondant par un « oui » épanoui et niais à toutes les questions. Elle ne manifeste aucune idée de grandeur, aucune idée délirante quelconque. Elle gâte.

Pendant un an et demi qu'elle a été soumise à notre observation, elle n'a présenté, en fait d'accidents notables, que plusieurs attaques congestives dont elle se remettait à peu près. Peu à peu elle est tombée dans le marasme et a succombé.

Autopsie. — Adhérences généralisées de la pie-mère avec la substance corticale; un peu de sclérose de la substance blanche. Sérosité ventriculaire abondante. Granulations épendymaires. Dilatation énorme des vaisseaux de la base, qui présentent des points d'athérome disséminé; les cérébrales postérieures sont franchement athéromateuses. L'hémisphère droit pèse 435 grammes et le gauche 525 seulement. L'encéphale entier pèse 1,000 grammes. — Au microscope, les capillaires présentent une complète dégénérescence granulo-graisseuse; et des amas granuleux de graisse se trouvent à l'état libre dans toute la substance cérébrale.

La démence profonde de cette malade se trouve suffisamment justifiée par l'atrophie cérébrale: les deux hémisphères ne pèsent que 860 grammes, et l'hémisphère gauche est de 10 grammes moins lourd que le droit. On comprend que, dans ces conditions, toute trace de délire original soit absente, la matière faisant défaut.

La maladie n'a pas chez tous une marche uniforme. Tantôt elle suit son cours lentement, sans réactions d'aucune sorte, et semble pendant plusieurs années rester stationnaire; d'autres fois, elle revêt la forme maniaque et paraît vouloir se hâter vers le dénouement, comme dans l'observation suivante.

Observation II.

Démence paralytique, forme maniaque.—Aortite chronique et athérome généralisé. — Hémorrhagie méningée. — Mort. — Autopsie.

B...Agé de cinquante-neuf ans, a été militaire pendant quatorze ans, a fait séjour en Afrique et y a contracté la fièvre intermittente. Les fatigues de son métier, les privations ont déterminé chez lui, depuis un an seulement, une démence paralytique présentant, comme phénomènes psychiques, les signes de la démence sans complications délirantes. Comme symptômes somatiques, extrémités inférieures affaiblies; marche difficile; tremblement général des membres; inégalité pupillaire et embarras de la parole tellement intense qu'on ne comprend rien à ce qu'il dit. Parfois il paraît que les phénomènes paralytiques s'aggravent et le rendent momentanément grabataire. Il est à peu près calme. Cet état se prolonge quelques semaines. Puis il commence à avoir de l'excitation maniaque, principalement nocturne : on l'entend toute la nuit crier et déblatérer dans un patois incompréhensible. Les membres inférieurs ne peuvent plus le porter. Il reste au lit; il ne va pas à la selle. Malgré sept ou huit purgatifs différents et énergiques, on n'obtient pas d'évacuations. Cependant on réussit par le séné.

Cette agitation nocturne, accompagnée de véritables hurlements, persiste pendant près de deux mois; le malade se lève néanmoins, passe la journée dans un fauteuil et se nourrit. La peau demeure chaude, le pouls au-dessus de la normale. Puis on le trouve un matin dans le coma; insensibilité absolue, nulle connaissance. La respiration est régulière, mais profonde, un peu fréquente.

Le lendemain, même coma; la respiration est devenue haletante, la face est rouge, le pouls fréquent, la température de la peau élevée. Aucun mouvement convulsif. Il succombe à neuf heures du soir, sans nouvel accident.

Autopsie. — Cavité crânienne : os du crâne fragiles, friables; diploé raréfié. Dure-mère tendue, surtout à gauche. Une incision laisse voir tout l'hémisphère gauche recouvert d'un épais caillot sanguin noir sans membrane enveloppante, sans fausses membranes; réuni avec soin, il pèse cent soixante-dix grammes.

Le cerveau présente une adhérence généralisée de la pie-mère à la substance corticale; la soudure, par suite de l'inflammation, des deux hémisphères dans leur partie antérieure, le ramollissement très prononcé des deux lobes frontaux, tandis que les parties postérieures sont au contraire d'une fermeté extraordinaire. Deux ou trois petites hémorragies locales pie-mériennes. Athérome des branches des carotides internes et de la basilaire. A la coupe, la substance grise semble turgide, tandis que la substance blanche a l'apparence flétrie, rétractée du cuir. Pas de granulations épendymaires. Un petit foyer de ramollissement dans une des couches optiques. Vascularisation énorme de la surface du quatrième ventricule. L'hémisphère droit pèse cinq cent quinze grammes, le gauche quatre cent cinquante-cinq, l'encéphale onze cent quarante.

Cavité thoracique. — Poumons gorgés de liquide spumeux qui s'échappe à la coupe. Cœur volumineux pesant quatre cent cinquante grammes. Dilatation énorme du ventricule gauche; caillots fibrineux adhérents aux ventricules. Aorte excessivement dilatée, présentant un état d'endartérite poussé à un point extraordinaire. Elle est recouverte d'un enduit calcaire rugueux, fendillé, noir par places; les endroits non atteints présentent une teinte rouge foncée. La lésion descend très bas sur le tronc artériel, mais en s'atténuant progressivement. Un pareil état de l'aorte semble difficilement compatible avec la vie. Les viscères n'offrent aucune lésion.

L'autopsie nous révèle une différence de soixante grammes

entre les deux hémisphères, et la coïncidence des lésions de la paralysie générale, de l'athérome, du ramollissement (couche optique) et enfin une hémorragie méningée.

Nous retrouverons, dans l'observation suivante, cette agitation maniaque violente, liée très probablement à l'inflammation concomitante du système artériel tout entier, état révélé dans le cas précédent par l'autopsie, et dans le suivant par l'auscultation.

Observation III.

Démence paralytique. — Délire maniaque incoercible. — Athérome artériel. — Lésions aortiques.

D..., âgé de quarante-quatre ans, cocher, est atteint de démence paralytique. Le seul renseignement que nous ayons sur ses antécédents, c'est que son intelligence a commencé à décliner depuis six ou sept ans. Nous ignorons s'il a fait des excès alcooliques et quels sont ses antécédents pathologiques. Depuis dix-huit mois que nous l'observons, il n'a pas cessé d'être dans une agitation maniaque plus ou moins forte. Voici, en résumé, les notes qui constatent son état mental : il ne dort pas, chante toutes les nuits, se met nu, déchire ses vêtements et sa literie, collectionne des cailloux et des chiffons ; il est égaré, abruti, toujours couvert d'ecchymoses. Pas trace de délire orgueilleux. Comme phénomènes somatiques, nous trouvons l'inégalité pupillaire ; un embarras de la parole allant jusqu'à empêcher l'articulation ; du tremblement des muscles de la face et des bras ; un grincement des dents d'une grande violence revenant par accès presque quotidiens. Le cœur est hypertrophié, on sent parfois un frémissement de toute la paroi thoracique. Au niveau de la troisième côte, sur le milieu du sternum et à droite de cet os, on constate un double bruit de souffle rude. Le bruit systolique l'est d'avantage et s'entend également au-dessus du mamelon. Les carotides sont ani-

mées de battements violents. Le sphymographe donne aux radiales le tracé dit de l'insuffisance avec plateau athéromateux, horizontal à gauche, arrondi à droite.

Malgré l'absence d'autopsie, je crois que ce cas peut être considéré comme identique au précédent; mêmes symptômes du côté du système vasculaire, car le souffle aortique doit être attribué, ainsi que l'indiquent les tracés sphymographiques, à la dégénérescence athéromateuse de l'aorte; même marche aiguë de la maladie après une période assez longue de chronicité; mêmes symptômes psychiques, et surtout mêmes symptômes somatiques qui sont, au grand complet, ceux de la paralysie générale à la troisième période.

Dans les observations suivantes, l'auscultation et le sphymographe viendront, comme dans la précédente, révéler la dégénérescence du système artériel; tandis que les particularités de l'état mental et les symptômes somatiques nous conduiront au diagnostic de la démence paralytique.

Observation IV.

Démence paralytique. — Habitudes alcooliques invétérées. — Lésions aortiques. — Athérome artériel.

L..., menuisier, âgé de cinquante-sept ans, homme de grande et forte taille, a eu dans sa vie plusieurs accès de delirium tremens. Il avait, ces derniers temps, des insomnies et des hallucinations qui le rendaient dangereux et qui ont nécessité son admission à l'asile. Il s'imaginait qu'on l'épiait, qu'on voulait lui couper un pied et la tête; il menaçait de se jeter par les fenêtres. On constate chez lui de l'embarras de la parole, l'inégalité des pupilles, du tremblement musculaire, un affaiblissement considérable des membres inférieurs. La démence est profonde, la mémoire à peu près abolie. Pas de délire orgueilleux, sauf une satisfaction

béate. Il s'imagine qu'il va tirer au sort et partir à l'armée comme cuirassier.

Le cœur est hypertrophié, la pointe bat au-dessous du mamelon dans le sixième espace intercostal. Le creux épigastrique est soulevé à chaque systole. Les bruits du cœur sont sourds, mais on ne constate aucun bruit pathologique. La sous-clavière gauche et la carotide du même côté se soulèvent énergiquement, ce qui indique une dilatation de l'aorte. Radiale très flexueuse; cercle sénile de la cornée très prononcé. Grandes plaques pigmentaires sur le tronc. Sur le ventre et les cuisses, on voit des plaques d'atrophie cutanée d'un blanc nacré. Les tracés sphygmographiques des radiales présentent un large plateau athéromateux.

Pendant trois ans que ce malade a été soumis à mon observation, son état ne s'est ni aggravé ni amélioré.

Cette observation se résume dans les points suivants : démence sans complication délirante marquée, chez un athéromateux, ancien alcoolique. Symptômes somatiques habituels de la méningo-encéphalite, forme bâtarde de paralysie générale.

Observation V.

Antécédents alcooliques. — Démence paralytique. — Délire ambitieux passager. — Convulsions épileptiformes. — Souffle aortique.

P..., âgé de cinquante-cinq ans, ancien limonadier, est atteint de démence paralytique. L'époque du début de la maladie semble très ancienne, puisqu'il a éprouvé, il y a dix ans, un commencement de paralysie et une extinction de voix qui dure encore, bien qu'incomplète.

Il a éprouvé de grands chagrins par suite de la mort de sa femme et de la perte de sa fortune. Ajoutons que sa profession a dû être pour lui une cause de nombreux excès alcooliques. Depuis quelques jours, il montrait de

l'excitation, jetait son mobilier dans la rue, achetait sans nécessité, ne payait pas, s'imaginait qu'on le volait, etc. Le jour même de son entrée, il est agité, veut déménager, aller à Paris. Il a deux attaques épileptiformes, l'une à dix heures, l'autre à midi ; puis une sorte de vertige à trois heures et demie. La pupille gauche est plus dilatée que la droite. Grande faiblesse des membres inférieurs. Hallucinations terrifiantes. L'œil est fixe, égaré. Il se cramponne au mur, et demande à boire du vin blanc.

Le lendemain, nouvelle attaque épileptiforme, embarras de la parole. Tremblement généralisé des membres et des bras. Le pouls est irrégulier, présentant à droite une tendance au dicrotisme et une grande amplitude. A gauche, de la faiblesse et le plateau de l'athérome sans crochets.

Le troisième jour, l'agitation a augmenté, le pouls est plus fréquent et plus faible. Refus d'aliments ; grincement des dents toute la nuit ; incohérence ; il veut manger du chocolat dans des tasses d'or, réclame quatre bouteilles de vin blanc avec des bouchons en cristal. Fuliginosités, contraction punctiforme de la pupille gauche.

Au bout de quelques jours, les phénomènes de congestion et d'exaltation ont disparu, ce qui nous permet de constater les symptômes suivants : souffle assez rude au premier temps, sur le bord gauche du sternum, au niveau des troisième et quatrième côtes. Ce souffle est entendu dans les carotides. Il n'est pas constant dans son intensité et par moments on a de la peine à le saisir. Cercle sénile de la cornée. Battements énergiques de la carotide gauche.

Ce souffle doit vraisemblablement être attribué à l'état de dégénérescence athéromato-calcaire de l'aorte ; lésion révélée d'ailleurs par le tracé sphygmographique.

Chez ce malade, les symptômes psychiques sont un peu mieux dessinés : achats inconsidérés, sans souci du paiement, délire des actes. Dans une période congestive, dé-

veloppement d'une sorte de délire des richesses. Les symptômes de méningo-encéphalite sont aussi complets qu'on peut le souhaiter pour le diagnostic : embarras de la parole, grincement des dents, inégalité pupillaire, faiblesse de l'appareil locomoteur, attaques épileptiformes.

Cette forme épileptique se rencontre encore dans l'observation suivante.

Observation VI.

Antécédents alcooliques. — Démence paralytique. — Délire hypochondriaque. — Attaques épileptiformes. — Dégénérescence athéromateuse du système artériel.

J'ai observé pendant trois ans le nommé T..., vigneron, âgé de cinquante-huit ans, dont la démence paralytique remontait à huit années au moins et était due à des chagrins sans doute, mais surtout à ses excès alcooliques. Les symptômes psychiques sont ceux de la démence. Incohérence, perte de la mémoire, obtusion intellectuelle ; il collectionne et dérobe tout ce qui se trouve à sa portée ; il fait ses nécessités partout où il se trouve. La plupart du temps la dépression simple domine. Quelquefois, il manifeste des idées délirantes de nature mélancolique : on empoisonne sa chemise, il n'a plus de tête, plus de jambes ; son ventre est pourri ; il n'est plus bon qu'à être guillotiné, il veut aller se jeter à l'eau.

Comme symptômes somatiques, nous avons noté l'inégalité pupillaire, l'embarras de la parole ; par moments l'émission involontaire des urines ; le retour, à des intervalles éloignés, d'attaques épileptiformes sans accidents consécutifs ; le cercle sénile des cornées ; de larges plaques de pigmentation brunes sur le tronc et les membres tigrés, de plaques plus petites d'un blanc nacré. Le cœur est hypertrophié, la pointe bat à plusieurs centimètres au-dessous du mamelon. L'auscultation révèle un double souffle ; l'un systolique, rude, ayant deux maxima, l'un

sur le bord du sternum au niveau de la troisième côte, l'autre au-dessous du mamelon. Battements énormes des carotides, flexuosité des radiales. Le pouls, recueilli à de très nombreuses reprises aux deux bras, nous a donné invariablement le tracé de l'athérome. Chez ce malade dont l'observation se rapproche par beaucoup de points de la précédente, nous voyons se manifester cette forme de délire hypochondriaque que M. Baillarger a signalée le premier et qui, sans être spéciale aux paralytiques, s'observe plus fréquemment chez eux que dans toute autre catégorie d'aliénés.

Je ne m'attacherai pas à entrer dans la discussion que peuvent soulever quelques-uns des faits précédents au point de vue du diagnostic. Cette discussion ne pourrait être que stérile en l'absence des documents positifs de l'anatomie pathologique. Quoi qu'il en soit, on doit reconnaître dans ces différents cas un type clinique à part, et qui mérite d'attirer l'attention des cliniciens et surtout des anatomo-pathologistes.

L'alcoolisme joue un rôle incontestable dans l'étiologie de trois de ces cas. Sans avoir le monopole de l'athérome, les paralytiques alcoolisés sont dans des conditions doublement favorables à le contracter; mais on rencontre assurément des paralytiques athéromateux dont la maladie n'est pas le moins du monde liée à l'alcoolisme. Il est, si nous en croyons Gubler, une classe d'individus chez qui l'athérome précoce est une des conditions pour ainsi dire normales de l'existence, ce sont les paysans. Ce professeur a montré combien jeunes ils étaient fréquemment atteints de cette affection causée, non par les excès, mais bien plutôt par les privations et le genre d'alimentation, qui contient une surabondance de sels calcaires.

Une autre remarque à faire chez nos sujets, c'est la marche lente et la longue durée de la maladie. Ce fait est

en rapport avec l'étiologie d'abord, et ensuite avec l'idée que nous nous faisons de l'élément paralysie générale, dans leur affection. Les symptômes de cet ordre, en effet, ne semblent qu'accessoires et surajoutés en quelque sorte à ceux de la démence simple ou sénile.

L'âge des malades est aussi à considérer : sauf chez l'un d'eux, il oscille autour de la soixantième année. Ces malades forment comme un groupe intermédiaire entre la paralysie générale classique, qui frappe l'homme dans la force de l'âge, et la démence sénile, qui l'atteint dans une vieillesse en général plus avancée.

Dans les cas suivants, tous les éléments d'appréciation sont encore plus vagues que dans les précédents. C'est de la démence organique, avec ses foyers de ramollissement jaune mais avec quelques traces de méningo-encéphalite consistant en adhérences corticales disséminées.

Observation VII.

Démence sénile. — Paraplégie incomplète. — Mort. — Autopsie: foyers de ramollissement jaune. — Adhérences corticales. — Anévrysmes milliaires.

B..., soixante et onze ans, présente depuis trois ans un affaiblissement progressif de l'intelligence. L'agitation qui est survenue depuis quelque temps a nécessité son placement à l'asile. On constate chez lui une légère surexcitation, principalement nocturne; de l'incohérence, un manque absolu de mémoire, un affaiblissement profond de l'intelligence. Il manifeste quelques idées de satisfaction, se prétend bon chanteur et sans rival dans sa paroisse.

Le système locomoteur est très affaibli; il peut à peine se tenir debout et a besoin d'un aide pour marcher. La parole n'est pas embarrassée. Il est gâteux.

Au bout de quelques jours, il ne peut plus quitter le lit, la fièvre survient avec de l'engouement pulmonaire; il succombe rapidement.

Autopsie. — Adhérence très prononcée de la dure-mère à la boîte crânienne. Congestion très vive de toute la surface de la pie-mère avec suffusion sanguine le long de la scissure de Sylvius du côté gauche. Sur la convexité du cerveau, l'arachnoïde a un aspect laiteux, opalin, qui se détache vivement sur le fond rouge de la pie-mère. Les gros vaisseaux ne sont pas athéromateux. Les ventricules contiennent une grande quantité de sérosité.

Hémisphère gauche : 560 gr. La pie-mère semble collée aux circonvolutions. Elle est adhérente en plusieurs points de la face antérieure et inférieure du lobe frontal, sur le pied de la 3^e circonvolution frontale, et sur la moitié antérieure du lobe temporal. Cette région est le siège d'un ramollissement diffus.

Lorsque la pie-mère est enlevée, on constate que la partie antérieure des trois circonvolutions temporales est détruite par un ancien foyer présentant une cicatrice étoilée blanchâtre, au centre d'une masse jaune rouille, de la dimension d'une pièce de 5 francs. — Petit foyer jaune à cheval sur le pied des deux frontales supérieures. Les circonvolutions sont parsemées de petits points rouges plus ou moins volumineux, qui sont, examinés au microscope, des anévrysmes miliaires.

Lorsqu'on écarte la scissure de Rolando, on voit que les deux circonvolutions qui la bordent sont, sur leurs deux faces adjacentes, d'une couleur jaune sale, sans ramollissement, avec quelques points plus foncés, ressemblant à de petits foyers de nécrobiose (au microscope, régression grasseuse, corps granuleux, débris de la matière colorante du sang).

Hémisphère droit : 560 gr. Ramollissement rougeâtre avec adhérences de la pie-mère, sur la partie antéro-inférieure du lobe frontal, du lobe temporal, du pli courbe.

Le tiers supérieur des circonvolutions rolandiques et le

lobule paracentral présentent les mêmes lésions que celles décrites du côté opposé.

Il s'agit ici d'un cerveau en partie désorganisé par le développement continu des lésions séniles, et dans lequel, à un moment donné, se produit une poussée congestive très intense, déterminant l'inflammation de la couche corticale et des adhérences méningées. Cet état congestif de la périphérie corticale se révélait, pendant la vie, par de l'excitation maniaque et des idées de satisfaction très nettes.

Les circonvolutions centrales des deux côtés étaient, sinon détruites, du moins profondément altérées et en voie de ramollissement nécrosique, ce qui explique la perte graduelle des mouvements et la parésie généralisée.

Observation VIII.

Démence avec délire des grandeurs et divers troubles de la motilité. — Mort. — Autopsie : foyers de ramollissement ; adhérences corticales ; granulations épendymaires.

Il s'agit d'une femme âgée de 60 ans, entrée à l'asile de Marseille en décembre 1873, atteinte de démence avec affaiblissement prononcé des facultés intellectuelles, délire des grandeurs et des richesses (tout lui appartient, elle bâtit toutes les maisons et les palais, etc.), et quelques légers symptômes de paralysie générale, notamment du tremblement des mains, de l'affaiblissement musculaire à gauche et dans les deux membres inférieurs, inégalité pupillaire et somnolence.

Aucune note sur cette malade jusqu'à mon arrivée à l'asile. En octobre 1879, je constate les faits suivants :

Pupille gauche plus dilatée que la droite, anesthésie complète de la peau, hésitation de la parole, tremblement de la langue, gâtisme. La jambe droite, fracturée il y a dix-huit mois, s'est consolidée d'une façon vicieuse et force

la malade à rester au lit ; cependant il n'y a pas de paralysie des membres inférieurs. On m'apprend qu'elle a eu autrefois de nombreuses attaques congestives, mais que depuis dix-huit mois elle n'en a pas eu. Cette malade est dans la démence la plus complète. Elle dit qu'elle a seize ans, rit, parle seule, se montre très satisfaite ; la nuit, elle s'agite et se lève, dérangeant les autres malades couchées.

Le 13 décembre, elle succombe par suite d'un engorgement bronchique avec symptômes d'asphyxie. La veille, elle se promenait encore dans le dortoir.

Autopsie. — Sinus gorgés de sang. Quantité énorme de sérosité sous l'arachnoïde et dans les ventricules, circonvolutions atrophiées, séparées les unes des autres par de véritables canaux gorgés de sérosité.

Athérome du tronc basilaire et des deux artères cérébrales postérieures. Les artères de la convexité présentent également quelques points d'athérome.

Granulations épendymaires sur les parois des ventricules, principalement dans le quatrième, au niveau du calamus.

Les deux hémisphères à leur partie antérieure sont fortement adhérents l'un à l'autre. — Hémisphère gauche : au point de jonction des frontale et pariétale ascendantes, le long de la grande scissure, adhérence de la dure-mère à la pie-mère. La substance grise sous-jacente présente dans son épaisseur et à sa surface quelques granulations jaunâtres.

Hémisphère droit : Légères adhérences de la pie-mère en quelques points circonscrits du lobe frontal : pied de la troisième frontale, partie moyenne de la frontale ascendante, première temporale et quelques autres points.

Un foyer de ramollissement jaune occupe tout le lobule du pli courbe, la moitié supérieure de la circonvolution du pli courbe et la moitié postérieure de la première temporale.

Tout fait supposer que chez cette malade il s'est produit à

un certain moment une poussée de méningo-encéphalite qui s'est éteinte par la suite, laissant la place libre aux lésions envahissantes de l'athérome et de la sénilité. Au début, en effet, les symptômes classiques de la paralysie générale sont tous présents ; puis la démence faisant des progrès, le délire s'éteint et les désordres séniles deviennent prédominants.

Le ramollissement de la région du pli courbe droit a-t-il déterminé à un certain moment des troubles de la vision ? C'est ce qu'il est impossible de dire. De tels phénomènes peuvent très bien passer inaperçus chez un dément avancé.

Enfin, je terminerai par une observation qui me paraît du plus haut intérêt clinique. Malheureusement, elle reste incomplète, l'autopsie du cerveau ayant été seule pratiquée. Il s'agit d'une paralytique, chez qui on constata pendant la vie une gangrène symétrique des extrémités, et après la mort de nombreux foyers de ramollissement jaune dans le cerveau. Sur le moment, je ne pensai pas à une endartérite généralisée comme pouvant être la cause de ces divers accidents de nécrobiose, et je ne fis aucune recherche dans ce sens. Aujourd'hui, je ne puis que proposer cette explication sans pouvoir l'appuyer de preuves précises. Plus tard, s'il se produit des observations analogues et plus complètes, celle-ci pourra avoir quelque valeur.

Péri-artérite ayant déterminé les lésions inflammatoires du cerveau, et endartérite ayant amené les foyers de ramollissement jaune, tel me semble, en deux mots, le résumé de l'observation suivante.

Observation IX.

Démence. — Attaques épileptiformes. — Agitation maniaque violente. — Gangrène symétrique des extrémités. — Mort. — Lésion de la paralysie générale et du ramollissement jaune.

La nommée A..., 48 ans, revendeuse, a vu s'établir la ménopause il y a environ deux ans, à la suite de métror-

rhagies abondantes. C'est à cette cause que sa fille attribue l'origine de la maladie actuelle. On l'aurait trouvée un jour dans la rue sans connaissance, ce qui aurait déterminé sa séquestration. On n'aurait jamais constaté chez elle d'accidents nerveux avant sa maladie. Affaiblissement des facultés et de la mémoire. Notions très vagues sur le cours du temps.

A son entrée, cette malade était dans une violente agitation et cria pendant plus de quinze jours sans discontinuer. Elle ne prononçait que des jurons et des expressions de poissarde. Pour en venir à bout et la faire manger, il fallait la flatter, faire son éloge, et alors elle manifestait la plus vive satisfaction et se calmait. On n'a jamais constaté chez elle d'idées de grandeur proprement dites. Elle se frappait et frappait les autres, et se roulait à terre des heures entières. Déjà à cette époque sa vue était très faible ; elle voyait à peine pour se conduire et cela rendait sa démarche incertaine. Ses paupières étaient le siège d'une blépharite très intense. On n'a jamais constaté chez elle d'embarras de la parole ni de tremblements.

Elle a eu deux ou trois attaques qui se produisirent ainsi : sentiment de nausée, pâleur, chute, quelques convulsions des membres et de la face ; pas d'écume, mais du ronflement ; puis elle restait les bras écartés des heures entières sur la place.

Quelques jours après mon entrée en fonctions, elle a devant moi une attaque épileptiforme qui se prolonge une heure. Elle a des impulsions violentes et dangereuses ; elle mord, déchire. Parfois quelques moments de lucidité. Peu à peu l'agitation se calme et elle est envoyée à la buanderie ; mais elle ne peut y rester à cause de sa mauvaise vue et du retour de l'agitation.

Au mois de novembre, commence à se développer une gangrène symétrique des extrémités. Elle crie, grince des dents, fait un bruit infernal nuit et jour. Les orteils s'éliminent peu à peu. Puis une kératite grave se développe, et

l'œil droit se vide; la malade semble complètement aveugle. Enfin, elle s'affaiblit peu à peu; pourtant elle vocifère toujours et dit des grossièretés. Ayant entendu dire qu'une malade, en face d'elle, venait de mourir, elle s'écria que ce serait bientôt son tour. Elle succomba en effet quelques jours après. Son séjour à l'asile n'avait été que de six mois.

Autopsie. — La dure-mère ouverte, le cerveau apparaît pâle, sauf dans la région temporale de l'hémisphère gauche, où existe une suffusion sanguine allongée dans le sens de la largeur. La pie-mère est transparente, et n'offre aucune opacité notable, ni d'infiltration bien marquée.

Hémisphère droit. — La pie-mère est adhérente à la substance grise sur les trois circonvolutions frontales, sur les trois temporales, et dans toute la région du pli courbe; dans les autres parties de l'écorce, les adhérences au lieu d'être générales et profondes, sont plus superficielles et par flots. La partie moyenne de la 1^{re} et de la 3^e temporale, et presque toute l'étendue de la seconde temporale, la partie de la première temporale qui se replie pour former le lobe sphénoïdal sont frappés de ramollissement jaune pénétrant toute la substance grise. Même ramollissement jaune dans l'extrémité postérieure du lobe occipital. Quelques points également sur la lèvre inférieure du pli courbe; énorme hydropisie ventriculaire.

Hémisphère gauche. — Mêmes adhérences de la pie-mère à la substance grise sur les trois frontales, sur les lobules pariétaux inférieur et supérieur. Les circonvolutions bordant la scissure de Rolando sont les moins atteintes.

Si l'on regarde cet hémisphère par sa face inférieure, on constate que les circonvolutions occipito-temporales manquent dans la plus grande partie de leur étendue, et qu'une membrane fibreuse, vasculaire, à peu près transparente, en tient lieu et ferme le ventricule latéral gorgé de sérosité. Les bords de cette vaste ouverture béante, quand on a enlevé cette membrane, présentent de nombreux

points de ramollissement jaune assez superficiel. Sur la partie antérieure du même lobe, là où les circonvolutions subsistent, se trouve un foyer de ramollissement jaune des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Hydropisie ventriculaire énorme.

Le chiasma et les nerfs optiques paraissent sains à l'œil nu. Les coupes ne permettent pas de trouver de lésion dans les corps striés, les couches optiques, la capsule interne, le pont de Varole.

Les parois du 4^e ventricule sont comme désorganisées, ramollies, recouvertes d'une bouillie couleur lilas.

L'épendyme des ventricules latéraux est chagrinée.

Le cervelet présente sur son hémisphère droit, à la partie postérieure et près de la scissure, un petit foyer de ramollissement superficiel.

Pour les raisons indiquées plus haut, je n'insisterai pas sur les particularités de cette observation. La paralysie générale n'est pas douteuse; mais la cause de ces nombreux foyers de ramollissement jaune est moins évidente : malgré l'absence d'athérome sur le trajet des gros troncs artériels du cerveau, je pense néanmoins qu'on doit la rattacher à une endartérite très grave et très étendue des capillaires cérébraux.

Arrivé au terme de ce travail, nous croyons pouvoir le résumer de la façon suivante :

1^o Il existe une forme de démence paralytique qui se caractérise à la fois par les lésions ordinaires de la méningo-encéphalite et par celles de la sénilité cérébrale, l'athérome, les anévrysmes miliaires, les foyers de ramollissement jaune. Elle se développe en général à un âge avancé, suit une marche plus ou moins lente, et peut se terminer rapidement à la suite d'une poussée congestive accompagnée d'excitation maniaque aiguë. On peut la dia-

agnostiquer pendant la vie à l'aide du sphymographe et par l'auscultation de l'aorte. Les symptômes psychiques et somatiques tiennent à la fois de la démence sénile et de la paralysie générale.

2° Chez quelques déments séniles, il se produit des poussées congestives qui peuvent aboutir à l'inflammation de la couche corticale du cerveau et déterminer les lésions au moins macroscopiques de la paralysie générale. Ce mouvement fluxionnaire peut très probablement rétrocéder dans certains cas, et les symptômes de démence paralytique disparaissent alors, pour laisser le champ libre à la démence organique.

Archives cliniques

69

ASILE D'AUXERRE. — M. CHADZINSKI, MÉDECIN ADJOINT.
SERVICE DE M. ROUSSEAU.

Mutilation volontaire pendant un accès de folie alcoolique et par suite d'une conception délirante hypochondriaque.

SOMMAIRE. — Homme de cinquante-trois ans. — Excès alcooliques. — Cessation des excès depuis trois mois. — Influences morales tristes. — Explosion du délire. — Embarras de la parole. — Insensibilité de la peau. — Le malade croit qu'il a le charbon et s'ampute le gros orteil gauche pour laisser écouler le sang corrompu. — Bientôt, cessation des symptômes aigus, mais persistance du délire hypochondriaque. — Eschàres au sacrum. — Absès au pied gauche. — Guérison du délire après six semaines. — Persistance d'un peu d'embarras de parole et de tremblements musculaires.

Le nommé C..., âgé de 53 ans, loueur de paniers à la Halle de Paris, né de parents sains, est depuis longtemps adonné à l'ivrognerie. Il a été amené à l'asile d'Auxerre, le 15 janvier 1880, dans un état de délire alcoolique.

Voici les renseignements qui nous sont donnés :

Le 12 octobre 1879, C... s'était rendu à M... pour y faire les vendanges et s'occuper de diverses réparations dans les immeubles de son beau-père. Il comptait revenir à Paris le 4^{er} décembre, mais il fut retenu par une maladie grave de son beau-père. Resté seul auprès de ce vieillard, il a la douleur de le voir succomber dans ses bras ; il est obligé de procéder à peu près seul aux apprêts funèbres (4 janvier 1880). Le service du chemin de fer était interrompu par les neiges et C... n'avait pu être rejoint par sa femme.

C'est dans ces conditions si tristes d'isolement que le délire éclata tout à coup, le 10 janvier, sur les dix heures du soir. C... croit entendre des bruits étranges, ses oreilles bourdonnent, il s' imagine que le feu est dans la cheminée : n'osant monter à sa chambre, il descend dans sa cave où il passe deux nuits et un jour dans la plus grande anxiété. Le 12 au matin, se sentant l'esprit plus net et plus dégagé, mais le corps très fatigué, il s'étend sur son lit ; mais les symptômes précédemment décrits se renouvellent avec plus d'acuité encore, les troubles de la sensibilité générale acquièrent alors une intensité très-grande. C... éprouve dans tous les membres des secousses électriques, il a beau toucher son pied gauche, il ne le sent plus ; il s' imagine que ce pied est mort et atteint par le charbon, que le sang y est corrompu, et que pour se sauver il faut retrancher ce membre désormais inutile. C'est alors que s'cmparant d'un sécateur, il commence par s'amputer le gros orteil gauche presque aussi habilement qu'eût pu le faire un chirurgien ; il allait continuer de la sorte et se livrer à de plus graves mutilations dans la même région, lorsque accoururent des voisins qui le mirent dans l'impossibilité de se nuire davantage. C... a déclaré depuis n'avoir rien ressenti pendant la section. Plusieurs autres plaies sur divers endroits du pied prouvent qu'il était décidé à compléter cette étrange opération.

Pendant les huit premiers jours de son installation à l'infirmerie de l'asile d'Auxerre, C... a présenté à l'observation la persistance des mêmes manifestations du délire aigu alcoolique, insomnie, insensibilité, agitation, loquacité, inappétence, tremblements généraux, embarras de la parole, pouls à 150 ; il est tourmenté par toute espèce de visions, il aperçoit des enterrements, des châteaux, des théâtres, des prairies, pas d'animaux. Le 20 janvier, à la visite du matin et devant nous, il se lève spontanément et brise une des vitres de la fenêtre ; il a expliqué depuis

cet acte de violence par une sensation d'étouffement et le besoin d'air. Excrétions involontaires deux ou trois fois seulement.

La plaie siégeant au niveau de l'extrémité supérieure du premier métatarsien est remarquable par sa netteté, exsangue, sèche, noirâtre, sans aucune tendance à l'inflammation, ni réaction d'aucune sorte. On voit au milieu de cette plaie l'os, revêtu de son cartilage.

Traitement pendant cette période : Alcool, 30 grammes par jour ; bromure de potassium, 10 grammes, trois jours de suite, les 19, 20 et 21 janvier. Pansement simple de la plaie au cérat. Potages légers.

Le 22, diminution sensible du délire, le malade paraît avoir conscience de ce qui se passe autour de lui. Il y avait un mieux évident, quand apparaissent de nouveaux phénomènes morbides, dont la gravité nous fait craindre pendant plusieurs jours une issue funeste. C... éprouve plusieurs frissons, tombe dans un état comateux. le facies s'altère sensiblement, le teint est terreux, le nez effilé, la langue desséchée, fendillée, le pouls toujours aux environs de 140, prostration générale, aspect typhoïde, carphologie, insensibilité, eschares au sacrum. En face d'un pareil état, et vu l'imminence d'une résorption purulente, la plaie conservant malgré l'emploi du vin aromatique et du nitrate d'argent, l'apparence des premiers jours, on a recours immédiatement à l'agent le plus employé en pareil cas, le sulfate de quinine, qui est ordonné à la dose de 0 gr. 50 cent. par jour, on n'abandonne point pour cela l'usage de l'alcool, qui est continué jusqu'au 27 janvier ; comme tisane, la limonade tartrique est remplacée par la décoction de quinquina. Pour alimentation, bouillons.

C... reste six jours à peu près dans la même situation, ce n'est que le 28 au matin, que nous avons la satisfaction de constater chez lui une amélioration évidente, le coma a cessé et le visage repris une meilleure expression. C... se

plaint de la soif et de douleurs vagues, il est d'une faiblesse extrême et courbaturé. Pouls à 130. En même temps, l'aspect de la plaie du gros orteil est complètement changé, cette plaie suppure bien, elle est humide et rosée.

A partir de ce jour, le malade reprend, mais très lentement, l'usage de ses facultés. Le 30, l'ayant questionné sur les motifs qui l'avaient poussé à se mutiler, il me raconte les détails déjà consignés, et m'avoue son regret de n'avoir pu s'amputer le pied complètement. « Je serais guéri, me dit-il, sans l'arrivée malencontreuse de voisins qui m'en ont empêché, mon doigt de pied n'a pas assez saigné, j'ai encore un reste de charbon, et c'est pourquoi j'ai perdu la raison. » C... a conservé jusqu'au 15 février les mêmes convictions erronées. Faiblesse générale assez grande, souffrances assez vives causées par les eschares, le délire tend à disparaître, le pouls se maintient à 120. Bruits pulmonaires et cardiaques normaux. Continuation de la fétisane de quinquina, et administration du sulfate de quinine 0,75 c. à plusieurs reprises différentes pendant cette période. Alimentation plus substantielle. Pansement de la plaie au vin aromatique, cautérisations quotidiennes avec la pierre infernale, suppuration normale et apparition des bourgeons charnus.

22 février. C... est désormais revenu à la raison, il marche franchement vers la guérison définitive que vint néanmoins retarder un accident qui heureusement n'a pas de suites sérieuses; le malade qui n'avait jamais souffert de sa blessure commence à se plaindre d'élancements dans la région du pied, la fièvre s'allume de nouveau, les urines sont rouges et chargées, le sommeil agité, tous ces symptômes sont dus à la formation d'un abcès consécutif le long des tendons antérieurs du premier métatarsien; le 25, rougeur et gonflement de cette région, application de cataplasmes émollients. Le 27, incision du phlegmon, il s'écoule 50 grammes

environ de pus bien lié ; cette petite opération amène un soulagement instantané.

1^{er} mars. La surface de la plaie est beaucoup diminuée, et marche assez rapidement vers la cicatrisation.

C... prend avec plaisir les 0,20 centil. de vin de Chalconette qui lui sont prescrits quotidiennement, il est plus gai, mange de meilleur appétit, et raconte avec tous les détails possibles les causes et les circonstances de son accès de folie du 12 janvier; depuis plusieurs jours, du reste, il a reconnu son erreur et jure que certainement il en recommencera plus.

15 mars. C... peut se lever, les eschares au sacrum sont guéries, la plaie du pied, réduite aux dimensions d'une pièce de 0,20 c. Suppuration à peu près nulle, membrane cicatricielle déjà solide. Pouls toujours à 120.

22 mars. C... quitte l'asile emmené par sa femme, et dans une situation de santé générale aussi satisfaisante que possible. Il conserve cependant de légers tremblements musculaires, un peu d'embarras de la parole et un fonds de tristesse.

Réflexions.

1° Le délire alcoolique n'a pas éclaté, comme cela a lieu le plus souvent dans des cas semblables, à la suite de libations exagérées ; C..., en effet, ne buvait presque plus depuis trois mois, quand ce délire est survenu à la suite d'impressions morales tristes.

2° Le remplacement du délire alcoolique généralisé par un délire beaucoup plus limité, véritable monomanie qui a duré environ trois semaines, m'a semblé un incident digne d'être noté. Remarquons encore que si, dans ce cas bizarre, les hallucinations de la sensibilité tactile se sont manifestées les dernières, elles ont été les dernières à disparaître.

3° La continuation de symptômes généraux graves, tant

que la plaie n'est pas entrée dans une période de suppuration franche, est aussi une circonstance qui mérite d'être signalée.

4^e L'excellente action thérapeutique de l'alcool et du sulfate de quinine sur la maladie de C... ne saurait être niée, ces médicaments héroïques ont agi comme on était en droit de s'y attendre.

5^e L'extrême fréquence du pouls de notre malade, sans lésions cardiaques, ni autres troubles intercurrents, n'a pas été sans me surprendre. Peut-on la mettre sur le compte de l'alcoolisme chronique? J'en doute, je crois plutôt avoir été, là, en face d'un cas tout particulier d'idiosyncrasie.

70

HOSPICE DE BICÊTRE. — MM. BOURNEVILLE ET H. D'OLIER

OBSERVATION REPRODUITE (1):

Démence épileptique. — Lésions de la péri-encéphalite chronique.

SOMMAIRE : Epilepsie remontant à la première enfance. — A 27 ans, accès très répétés et commencement d'affaiblissement de l'intelligence. — A 32 ans, état de stupeur. — Marasme. — Mort. — Autopsie. — Adhérences très étendues de la pie-mère à la couche corticale.

L..., âgé de 27 ans, est entré à Bicêtre le 13 mai 1874 comme épileptique. Dès son entrée on put constater que les accès se répétaient plusieurs fois par jour et que l'intelligence était déjà affaiblie. Le malade put cependant suivre régulièrement la classe. Trois ans plus tard, en 1877, l'état du malade était à peine modifié; les accès, toujours très fréquents, étaient souvent suivis d'agitation maniaque. La débilité intellectuelle augmentait progressivement.

(1) Nous ne donnons ici qu'une analyse de l'observation *Annales de Neurologie*, tome 4, page 229).

Dans le courant de 1879, survint une pleurésie du côté droit, cette maladie n'a influé en rien sur la marche des accès. Au mois d'octobre, la sonorité était redevenue normale et on notait quelques râles sous-crépitaux au sommet gauche.

A compter de cette époque le malade resta constamment plongé dans un état de stupeur et d'obtusion intellectuelle, augmentée encore par ses habitudes d'onanisme. En décembre, il devint grand gâteux, s'amaigrit rapidement et succomba le 11 février 1880.

Autopsie. — Opacité de l'arachnoïde sur la face convexe des deux hémisphères. Il existe des adhérences des membranes sur la face convexe du lobe frontal droit, sur les bords de la fissure de Sylvius et sur la partie centrale du lobe occipital. Sur l'hémisphère gauche les adhérences existent sur presque toute l'étendue du lobe frontal, au niveau du sillon de Rolando et sur plusieurs autres points.

Cette observation est empruntée à un mémoire ayant pour titre : *De la démence épileptique*. Ce fait et quelques autres semblables suggérèrent aux auteurs les réflexions suivantes : « Les symptômes qui caractérisent cette variété de démence épileptique ne sont comparables que de loin aux symptômes de la paralysie générale. Ce n'est qu'à la dernière période que la similitude existe. En effet, nous n'avons jamais noté le délire des grandeurs, les modifications de caractère, d'habitude, l'inégalité des pupilles, etc., que l'on observe dans les premières périodes de la paralysie générale. Il s'agit bien là, suivant nous, d'une forme spéciale liée intimement à l'épilepsie. »

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

Accès de mélancolie débutant à l'époque des règles; intermittence des symptômes. — Guérison par le sulfate de quinine.

La femme L..., âgée de quarante ans, couturière, est entrée à la Salpêtrière le 27 novembre 1865.

Il résulte des renseignements qui ont été fournis par sa fille que la malade était très laborieuse mais d'une nature triste, la santé était généralement bonne, l'appétit excellent, la menstruation très régulière. On affirme qu'il n'y a pas eu d'aliénés dans la famille. Les règles qui devaient venir le 20 novembre, n'ont pas paru. Il convient d'ajouter que, depuis trois semaines, la malade se plaignait de bouffées de chaleur à la tête. Jusque-là cependant, aucun signe de dérangement intellectuel.

Le délire a éclaté le 23 novembre au soir. La malade prétend qu'elle est ensorcelée; elle jette par la fenêtre plusieurs pièces de son ménage. Insomnie complète, état de stupeur, conceptions délirantes mélancoliques; inquiétudes, anxiétés. A l'entrée à l'hospice, mêmes symptômes, refus d'aliments; de temps en temps, la malade prononce quelques mots à voix basse : « On veut la couper par morceaux, on va la mettre dans le poêle, la plonger dans une chaudière d'huile bouillante, etc. »

Le 28 novembre, apparition des règles qui durent trois ou quatre jours.

L'état de la malade n'est pas modifié, la figure reste sombre, persistance des conceptions délirantes. Le refus d'aliments est irrégulier.

Le 12 décembre, on commence à observer une intermittence bien marquée dans les symptômes. La malade a d'une manière très tranchée un bon et un mauvais jour. Pendant une journée, elle cause raisonnablement, ne parle

plus de ses conceptions délirantes, et a la figure beaucoup moins triste; le lendemain, réapparition de tous les symptômes mélancoliques.

Après avoir constaté pendant une semaine cette intermittence des symptômes, j'administre le sulfate de quinine, et l'accès manque le lendemain. Le médicament est continué pendant cinq jours et les accès ont disparu (on a donné 40 puis 0,75 centigrammes de sulfate de quinine).

A partir de ce moment, l'état de la malade s'améliore très rapidement, l'appétit est excellent. Bientôt, la femme L... a complètement conscience de son état et reconnaît l'absurdité de ses conceptions délirantes; elle put sortir le 30 décembre.

L'accès, comme on le voit, avait à peine duré un mois.

Si on cherche les causes qui ont pu produire cet accès de mélancolie, on n'en trouve d'autres qu'un retard de quatre ou cinq jours dans l'apparition des règles et ces bouffées de chaleur qui existaient depuis trois semaines, ce qui paraît bien insuffisant. La malade, comme on l'a vu, jouissait antérieurement d'une bonne santé et, d'après les renseignements, n'avait éprouvé aucun chagrin qui puisse expliquer l'apparition du délire, mais elle était d'une nature triste.

Faisons remarquer que l'apparition des règles, cinq jours après l'explosion du délire, n'a amené aucune modification dans l'état mélancolique qui paraît avoir cédé très rapidement sous l'influence du sulfate de quinine.

Médecine légale

CHARLES GUITEAU

L'ASSASSIN DU PRÉSIDENT GARFIELD

Par M. le Dr Charles FOLSOM
de Boston.

Il est probable que jamais procès criminel n'a eu autant d'importance, au point de vue médico-légal, que celui à la suite duquel Charles Guiteau, l'assassin du président Garfield, a été condamné à être pendu.

Les médecins aliénistes les plus célèbres des Etats-Unis ont été appelés à déposer, au nombre de vingt-deux, croyons-nous, les uns cités pour la défense, les autres pour l'accusation.

Tous les organes de la presse politique et médicale ont publié, sur la folie ou sur la raison présumées de Guiteau, les articles les plus contradictoires; ce torrent de publications n'est pas encore arrêté, et dans un numéro tout récent d'un journal de la spécialité, nous n'avons pas trouvé moins de trois articles originaux, où l'état mental de Guiteau est apprécié en termes très différents les uns des autres; cependant l'opinion qui paraît prédominer, chez les médecins, c'est que c'est un aliéné.

Au moment où nous nous sentions très embarrassés pour nous former une opinion, à si grande distance et au milieu de tant d'éléments opposés, nous avons été heureux

de trouver, dans le n° du 16 février 1882 du *Boston medical and surgical Journal*, un article fort modéré et fort intéressant sur Guiteau, dû à la plume du Dr Charles Folsom, dont les opinions font autorité, en Amérique, dans les questions relatives aux maladies mentales. A défaut de conclusions formelles, que l'auteur déclare ne pouvoir donner, on trouve, dans cet article, une exposition absolument impartiale des faits de la cause et des appréciations personnelles très fines à certains égards.

Nous ne pensons pas pouvoir mieux faire, dans l'intérêt de nos lecteurs, que de traduire littéralement l'article du Dr Folsom, en en retranchant seulement quelques passages qui nous ont paru n'avoir qu'une importance locale.

La Rédaction.

Charles-Julius Guiteau est né le 8 septembre 1844. Son grand-père paternel était un médecin très considéré et ayant des opinions religieuses exaltées.

Son père était un homme intelligent et énergique, ayant une capacité exceptionnelle pour les affaires; mais c'était un fanatique en religion et il consacra les trente dernières années de sa vie à prêcher l'amour libre et le socialisme; il mourut à l'âge de 70 ans, après plusieurs mois d'une maladie accompagnée d'émaciation et de délire. Quelques membres de sa famille et quelques personnes au courant de ses rêveries le considéraient comme au moins partiellement aliéné; mais il semble que, d'après l'opinion la plus générale, il passait seulement pour un excentrique. Il y a dix-huit ans, il eut occasion de conduire un malade à l'hôpital central pour les aliénés à Jacksonville (Illinois), et il y resta plusieurs jours. Il prétendait avoir personnellement des relations directes avec la divinité; il voulait essayer de guérir les aliénés par la simple imposition des mains; d'après cela, et d'après l'ensemble de sa conduite, le docteur

Mac Farland qui était directeur de l'asile, le considéra, à cette époque, comme un aliéné.

Un oncle paternel de l'assassin est mort aliéné dans un asile ; un autre était un ivrogne qui a fini par la démence : une de ses tantes paternelles épousa un homme qui fut aliéné ; elle en eut une fille aliénée et mourut poitrinaire. Une autre tante paternelle eut aussi un fils aliéné placé dans un asile ; elle paraît avoir présenté elle-même certains indices de folie.

La mère de Guiteau, au moment de la naissance de ce dernier, était, depuis plusieurs mois, atteinte d'une affection cérébrale pour laquelle on lui avait rasé le crâne ; elle eut, après Guiteau, deux autres enfants qui moururent, l'un à deux ans, l'autre à vingt mois.

La sœur unique de Guiteau, après avoir déposé devant la cour, eut une attaque de *petit mal* ; son médecin déclara qu'elle y était sujette et qu'elle avait été antérieurement atteinte de manie puerpérale. Le frère unique de Guiteau, en témoignant devant la cour, fit une déclaration fanatique sur l'antagonisme de Satan et de Jésus-Christ et sur l'intervention perpétuelle de ces deux influences contraires dans tous les faits qui constituent l'existence de l'homme ; il termina en disant : « Telles étaient les opinions théologiques de mon père ; ce sont celles de mon frère ; ce sont les miennes. » La demi-sœur unique de Guiteau, âgée d'environ 26 ans, est atteinte de goitre exophthalmique ; aucun renseignement n'a été donné sur la santé de son demi-frère unique, âgé d'environ 23 ans.

Guiteau a été un enfant vif et volontaire ; ce n'est que très tard qu'il a pu prononcer certains mots. Il perdit sa mère lorsqu'il avait sept ans, et, à partir de cette époque, il resta à peu près privé de soins, son père étant entièrement absorbé par ses occupations professionnelles de caissier d'une banque, et par les extravagances religieuses de la communauté d'Oneida, société basée sur l'absence du

mariage, la mise en commun des biens et une certaine croyance fanatique dans l'inspiration divine comme base de la conduite humaine, tout cela servant probablement de prétexte à des relations sexuelles irrégulières. Son père le traitait avec négligence et avec beaucoup de dureté.

Le seul accident de quelque gravité, éprouvé par Guiteau, a été un coup violent reçu à la partie supérieure et postérieure du côté gauche de l'os frontal; ce coup a laissé une cicatrice. Guiteau était peu enclin au travail manuel, mais il avait le goût des livres et il aimait particulièrement à lire la *Tribune de New-York*; il y contracta une grande admiration pour les hommes, fils de leurs propres œuvres, et il se proposait de les prendre pour modèles.

Rien d'indique que, jusqu'à l'âge de 18 ans, l'intelligence de Guiteau ait sensiblement différé de celle des autres garçons ambitieux; une fois, dans un accès de colère, il frappa son père.

Peu de temps après, cependant, il abandonna ses études et ses projets d'éducation libérale pour se livrer uniquement au fanatisme religieux. Ses amis en conçurent des inquiétudes sur l'intégrité de ses facultés mentales. Il n'échappa pas aux mauvaises habitudes trop fréquentes parmi les jeunes garçons, et, par suite d'autres pratiques, il contracta une maladie vénérienne de la forme la moins grave; aussi, lorsqu'à 19 ans, il abandonna les études du collège pour se joindre à la communauté de l'Amour-libre, à Oneida, on considéra qu'il n'agissait pas ainsi uniquement par suite de convictions religieuses, ni pour obéir aux désirs réitérés de son père, ce dut être aussi, en partie du moins, par goût pour le libertinage et par suite de cette dépravation des fonctions sexuelles qui est si fréquente dans les formes congénitales de dégénérescence intellectuelle. Pendant son séjour à la communauté, il se conduisit en homme nerveux, à caractère vif. Si on lui disait quelque chose de désobligeant, il s'irritait, faisait des gestes désordonnés et

parlait d'une manière inintelligible; un jour il restait assis, pendant des heures, dans un coin, sans rien dire à personne; d'autres fois, il était de bonne humeur. Il aimait à passer son temps dans la bibliothèque; mais il était très volontaire, vaniteux, ne pouvait supporter les observations et n'avait aucun goût pour le travail. Il quitta Oneida, dégoûté du peu d'importance qu'il y avait, et de la froideur des femmes de la communauté à son égard. Il y avait passé cinq ans, pendant lesquels il avait abandonné toute étude régulière, et s'était imbibé des idées du communisme. Il se prétendait toujours inspiré, et, peu de temps après, il entreprit de fonder, sous le nom de *Presse théocratique*, un grand journal quotidien qui devait remplacer toutes les églises, et assurer l'éducation religieuse des Etats-Unis tout entiers. Il vivait alors dans une mansarde, se nourrissant de noisettes et de limonade, ne connaissant rien du monde, n'ayant ni amis ni capacité et possédant neuf cents dollars pour toute fortune.

Dans une lettre adressée à son père le 10 avril 1865 il explique son projet de la manière suivante :

« Je suis venu à New-York pour obéir à ce que je considère comme une inspiration de Dieu. Avec la Bible comme texte, et le Saint-Esprit comme maître, je puis continuer mes études, sans avoir aucun égard pour les suggestions humaines. Toute l'énergie de ma vie est engagée maintenant, et depuis des mois, à faire tout ce qui dépendra de moi pour étendre la souveraineté de Jésus-Christ en mettant à sa disposition un puissant journal quotidien. Je suis convaincu que la presse théocratique est destinée à remplacer, avec le temps, en grande partie, le culte dans les églises. Il y a, dans le monde, des centaines de mille de ministres, et il n'y a pas une seule presse théocratique quotidienne. Il me semble qu'il y a là une chance extraordinaire de faire quelque chose

» de grand pour Dieu, pour l'humanité et pour moi-même, etc. »

Naturellement, son entreprise n'eut aucun succès; ce fut à peine si elle reçut un commencement d'exécution. Six mois après avoir quitté la communauté, il avait le plus vif désir d'y rentrer, et promettait une obéissance absolue. Il était convaincu que la doctrine était véritablement la bonne; qu'elle devait remplacer toutes les autres religions et qu'il devait en être le chef. Au bout d'une année, il quittait clandestinement Oneida, et menaçait de diriger contre la communauté un procès en revendication d'une rente annuelle de 7,500 fr. en compensation des grands services qu'il lui avait rendus; en même temps il dénonçait avec violence les abus de l'amour libre. Mais il reconnut qu'il n'avait aucune chance de gagner son procès et il y renonça.

De 1866 à 1874, l'existence de Guiteau n'eut rien de fixe. Après un nouveau séjour et un nouvel échec à New-York, il demeura surtout à Chicago, étudiant le droit, cherchant à avoir quelques clients, et suivant avec assiduité les réunions religieuses. Il n'eut jamais qu'une connaissance très superficielle du droit; sa pratique consistait surtout à toucher de mauvaises créances, dont il oubliait parfois de verser le montant à leurs propriétaires. Il se maria en 1869 avec une femme estimable qu'il avait rencontrée à l'association chrétienne; il vécut, avec elle, pendant quatre ans; il la quitta pour une prostituée, et comparut en personne, comme témoin, en 1874, pour faire prononcer son divorce. Comme il reconnut lui-même qu'il avait la syphilis et la gonorrhée, on peut en conclure que sa vie était loin d'être régulière.

Après avoir fait, sans succès, un voyage à San Francisco, Guiteau revint à New-York pour y ouvrir un cabinet d'affaires et son échec fut aussi complet qu'à Chicago. Il se mêla

un peu à la campagne électorale de 1872, et malgré son incapacité absolue, il espérait obtenir une mission à l'étranger, si M. Greeley était élu président; par suite du résultat de l'élection, il renonça à ce projet. Il abandonna également l'idée de faire un procès en diffamation au *New-York Herald* et de lui réclamer cent mille dollars de dommages-intérêts. La même année il fut mis en prison pour abus de confiance habituels. En sortant, il s'occupa, pendant quelque temps, d'une manière peu scrupuleuse, en cherchant à faire relâcher certains prisonniers, pour vices de forme et erreurs de procédure; mais cette ressource ne tarda pas à lui faire défaut et il fut de nouveau emprisonné, à Chicago, pour avoir conservé de l'argent ne lui appartenant pas.

En 1873, il essaya de publier, à Chicago, un journal où, à l'aide d'un service télégraphique spécial, il aurait reproduit, littéralement, chaque matin, le *New-York Herald*. N'ayant ni expérience, ni relations, ni argent, ni savoir, il n'hésita pas à promettre à un étranger de le faire nommer président des États-Unis s'il voulait contribuer pour deux cent mille dollars au succès de l'entreprise. A un autre, il offrit le poste de gouverneur de l'Illinois, moyennant cinquante mille dollars. Il paraissait sérieux en faisant ces offres; le projet n'eut aucune suite.

S'étant réfugié chez sa sœur, à la campagne, en juillet 1875, un jour qu'il cassait du bois, par une grande chaleur, il leva sur elle sa hache, au moment où elle passait près de lui. Le médecin de la famille, appelé à l'examiner, déclara qu'il était fou; il disparut subitement, emportant sa bible qu'il lisait constamment.

En 1876, Guiteau était à Chicago, essayant de nouveau, mais sans plus de succès, à fonder un cabinet d'affaires, lorsque se tinrent les meetings religieux de Moody et Sankey. Il n'en manquait pas un; bientôt, il se crut appelé à remplir le rôle d'un grand évangéliste. Il consacra tout

son temps à la dévotion et à l'étude de la religion. En janvier suivant, il commença sa carrière de prédicateur. De son entreprise évangélique, inspirée par les doctrines du fondateur de la communauté d'Oneida, il ne recueillit que le mépris et le ridicule. Chassé des hôtels et des trains de chemins de fer, où il ne pouvait pas payer, ne sachant pas, la plupart du temps, où il pourrait dormir ou manger le lendemain, il affichait toujours une grande piété et paraissait croire que ses pérégrinations le faisaient ressembler à Jésus-Christ ou à l'apôtre saint Paul.

Il évitait les théâtres, le tabac, les cartes, l'alcool, paraissant considérer ces habitudes comme mauvaises et méprisables. Il était mielleux dans ses allures, toujours prêt à emprunter de l'argent sans jamais songer à le rendre; il ne mettait aucun scrupule à détourner, s'il le pouvait, l'argent des autres; mais il ne commettait pas ce que l'on appelle des vols proprement dits.

Etant à Boston en 1879, il y publia ses sermons en un volume intitulé : « *La Vérité, companion de la Bible* : » Il ne paya pas son éditeur, et ne put vendre son livre. Il fréquentait les assemblées religieuses, et il cherchait à faire quelques prédications; il ne fut que ridicule. En 1880, il vécut, tant à Boston qu'à New-York, gagnant un peu d'argent au service de compagnies d'assurances, mais négligeant, le plus ordinairement, de payer ce qu'il devait. Il disait quelquefois qu'il était le serviteur de Dieu et que Jésus-Christ n'avait pas l'habitude de payer ses notes; ce qui ne l'empêchait pas de déployer l'astuce d'un fort habile coquin. Il se tourna alors vers la politique.

Il parut croire qu'il avait pris une part importante à l'élection de Garfield, bien qu'en réalité il n'eut rien fait d'utile; après l'élection il écrivit à Garfield, qui, naturellement, ne soupçonnait même pas son existence : « Grâce à » Dieu, nous les avons battus, comme je m'y attendais » bien — Votre respectueux : CHARLES GUITÉAU. »

Il espéra de bonne heure être nommé à un poste important, et le 11 novembre, il écrivit en ces termes au Secrétaire d'Etat, M. Evarts :

« Cher monsieur, je désire vous poser une question. Si
 » le président Garfield nomme M. A... à un poste à l'étran-
 » ger, cela suffit-il pour remplacer le titulaire nommé au
 » même poste par le président Hayes? Tous les ministres à
 » l'étranger, nommés par le président Hayes, ne doivent-ils
 » pas quitter leur poste au 4 mars prochain? Veuillez me
 » répondre aussitôt que vous le pourrez; je suis un grand
 » partisan du général Garfield, et j'espère obtenir de lui
 » quelque mission importante, au printemps prochain.-
 » — Tout à vous. CHARLES GUYEAU. »

En octobre et en janvier, il avait écrit plusieurs lettres au président Garfield, rappelant ses services pendant la campagne et demandant un emploi, sous prétexte qu'il comptait épouser bientôt une dame riche, et qu'à eux deux, ils représenteraient dignement les Etats-Unis. Le 8 mars, il lui écrivait de nouveau, exprimant le désir d'être nommé au consulat de Paris. Le 11 mars, il écrivait la lettre suivante au sénateur Blaine, nommé ministre des affaires étrangères :

« En octobre et janvier derniers, j'ai écrit au général Gar-
 » field, à l'occasion de la mission d'Autriche. J'espère qu'il
 » a tenu compte de ma demande et qu'il est bien disposé.
 » Mais, depuis, j'ai résolu de demander le consulat général
 » de Paris, parce que je préférerais le séjour de cette ville
 » à celui de Vienne. J'ai parlé de cela au général, et il m'a
 » répondu qu'il serait utile d'être appuyé par vous, le poste
 » étant dans votre département. M. Walker a été nommé
 » à Paris, par M. Evarts, et je suppose qu'il n'a pas la
 » prétention de conserver sa place. Je vous parlerai de cela
 » dès que j'en aurai l'occasion. Il n'y a rien à dire contre
 » moi; j'ai la prétention d'être un gentilhomme et un bon
 » chrétien. »

Il continua à solliciter ce poste, par des visites réitérées et par de nouvelles lettres. Fatigué de tant d'insistance, le secrétaire d'Etat finit par lui répondre, le 14 mai : « Ne

me parlez plus du consulat de Paris aussi longtemps que
» vous vivrez. » Dès le lendemain, Guiteau écrivait au président pour lui faire connaître la réponse de M. Blaine, et il ajoutait qu'il ne doutait pas que celui-ci ne voulût abuser de sa situation pour préparer sa propre élection à la présidence, en 1884. Les démarches devinrent tellement répétées et indiscrètes qu'il fut nécessaire de lui interdire l'entrée de la Maison-Blanche. Le 23 mai, il écrivit au président Garfield la lettre suivante : « J'ai essayé d'être votre
» ami; je ne sais pas si vous en avez tenu compte ou non,
» mais je crois pouvoir appeler votre attention sur la
» lettre remarquable de M. Blaine dont je viens d'avoir
» connaissance. D'après M. Farwel, de Chicago, Blaine est
» un politicien vindicatif et un mauvais génie. Vous n'aurez
» aucune tranquillité tant que vous ne serez pas débarrassé
» de lui. Cette lettre montre que M. Blaine est un homme
» méchant et vous feriez bien de lui demander sa démission
» immédiate. Sinon vous en pâtirez, vous et le parti républicain aussi. Je tâcherai de vous voir demain matin et de
» causer de cela avec vous. — Votre très respectueux,
» CHARLES GUITEAU. »

Et cependant, il avait écrit dès le 21 mars à M. Blaine :
« Je suis personnellement très satisfait du choix fait par
» le président en vous prenant comme premier ministre;
» vous êtes l'homme qui convient le mieux pour ce poste. »

Voici donc un homme qui n'a ni ressources, ni amis, ni influence d'aucun genre, qui ne paie pas ses notes d'hôtel, un homme sans aucune valeur, un vagabond, un va-nu-pieds, un homme qui n'a jamais réussi à rien, qui n'a jamais gagné l'estime de personne, qui ne voit dans la société que pourriture et injustice, et qui écrit lettres sur lettres à la Maison-Blanche, sans se laisser décourager par l'absence

de toute réponse. Il devient, en réalité, un véritable fléau par ses insinuations auprès du gouvernement; il continue à écrire au président des lettres familières, et à lui donner des conseils dont naturellement on ne tient aucun compte.

(Suit la reproduction textuelle de huit lettres confidentielles écrites par Guiteau à Garfield, du 8 mars au 13 mai 1881, pour réclamer sa nomination au consulat de Paris, et pour lui donner des avis sur la meilleure manière de concilier les différentes fractions du parti républicain tout en préparant sa réélection en 1884.)

Se voyant négligé, malgré tous ses témoignages de dévouement et de fidélité, Guiteau conçut pour la première fois, l'idée de supprimer le président six semaines avant le meurtre. Cette idée lui traversa l'esprit, une nuit qu'il s'était couché accablé de fatigue. Il dit que cette idée le révolta d'abord et qu'il pria Dieu de l'en délivrer, ou de lui faire savoir si c'était une suggestion du diable ou une inspiration divine. Il affirme que le 1^{er} juin il sut positivement qu'il agissait sous « l'inspiration divine, » locution dont il s'était déjà souvent servi par rapport à des actes insignifiants de sa vie de tous les jours.

Le 8 juin, il emprunta à une personne de sa connaissance quinze dollars, disant qu'il en avait besoin pour payer sa note à l'hôtel; aussitôt après les avoir reçus, il se rendit dans un magasin dans le but de se procurer une arme. Il demanda un pistolet du plus fort calibre, capable d'exercer le plus de ravages possible; on lui montra et il acheta une arme recevant les balles de la plus forte dimension. Il la porta sur lui pendant vingt-quatre jours, et plus d'une fois il se trouva sur les talons mêmes du président. Dans la matinée du 18 juin, il sut par les journaux que le président devait aller à Long-Branch et il résolut de le tuer à la station du chemin de fer. Il s'y rendit, bien décidé, mais il recula devant l'exécution. Rentré dans sa chambre, il écrivit: « J'avais le projet de supprimer le président, ce matin,

» la gare, au moment où il allait prendre le train ; mais
» Mme Garfield avait mauvaise mine ; elle s'appuyait tendrement au bras de son mari ; le cœur m'a manqué pour
» les séparer et j'ai résolu de le prendre lorsqu'il serait
» seul. Elle ne sera pas plus malheureuse de le perdre de
» cette façon-là que de toute autre ; il est sujet à tous les
» genres de mort naturelle. »

Il se mit à fréquenter l'église du président, afin d'étudier la place de son siège, et de voir s'il ne pourrait pas, d'une fenêtre extérieure, lui tirer un coup de pistolet dans le dos. Pendant trois semaines, il le guetta dans l'intention de le tuer, le suivant tantôt dans une avenue, tantôt dans le parc ; il paraît n'avoir été, plusieurs fois, empêché de tirer sur lui que par suite de simples difficultés matérielles. Il est douteux que jamais meurtre ait été préparé avec plus de précautions et accompli avec plus de décision, circonstances qui, du reste, se retrouvent au même degré dans le meurtre tout récent d'un gardien d'un des asiles d'aliénés de Massachussets, par un malade qui, jusqu'à présent, n'a pas pu être découvert.

De bonne heure, dans la matinée du 2 juillet, il se prépara au meurtre ; il déjeuna, sans payer, à Riggs House, hôtel de premier ordre ; il prit son arme et gagnant le pied de la dix-septième rue, loin des maisons et hors de vue, il planta un bâton dans la terre du bord de la rivière, restée humide par le retrait récent de la marée, et s'exerça avec son pistolet pour s'assurer de sa précision. Il tenait à ne pas manquer son but. Il prit à la main un petit rouleau de papier, et se rendit à la station du chemin de fer de Baltimore et du Potomac, à huit heures et demie, une heure avant l'arrivée du président. Arrivé à la gare, il alla au comptoir des journaux et y remit deux paquets, l'un à l'adresse de M. Andrews, correspondant du journal *Inter-Océan* de Chicago, l'autre destiné à M. Preston du *New-York Herald* ; il entra dans un cabinet d'aisances pour s'assurer du bon état de son arme, et la placer commodément

dans sa poche, à portée de la main ; il ressortit alors sur le trottoir extérieur ; fit cirer ses chaussures, et dans le but de se soustraire à la vengeance immédiate de la foule qu'il redoutait, il retint une voiture de louage, pour se faire conduire au cimetière Congressionnal, distant de deux milles, et tout voisin de la prison qu'il avait examinée d'avance et où il comptait être protégé. Debout derrière M. Garfield, il lui tira, dans le dos, deux coups de pistolet, sans la moindre hésitation ; il se retourna ensuite avec le plus grand sang-froid, pour gagner avec calme la porte de la rue. Appréhendé au corps, il fit bien quelques remontrances, mais sans grande vivacité, et demanda seulement à envoyer au général Sherman une lettre toute préparée, où, on le sut depuis, il réclamait la protection de l'armée. Il résulte des témoignages qu'il avait l'air on ne peut plus sérieux, et que ses gestes étaient tout à fait posés. Il avait aussi préparé une adresse au peuple américain, où il disait qu'il agissait pour le bien du pays, afin d'assurer l'avènement d'Arthur à la présidence, et d'empêcher ainsi l'explosion d'une nouvelle guerre civile. Ses poches contenaient un grand nombre d'articles coupés dans des journaux et remplis de violentes attaques contre le président.

Immédiatement après le crime, il dit : « Que j'aie obtenu
» ou non le consulat de Paris, cela n'a rien à voir avec
» l'acte que j'ai commis en tirant sur le président. J'ai tiré
» sur lui par suite d'une nécessité politique et de la pres-
» sion divine ; pour le faire, j'ai dû exercer sur moi-même
» la contrainte la plus violente. S'il se rétablit, et si je le
» rencontre de nouveau, je ne recommencerai pas à tirer
» sur lui ; maintenant j'abandonne l'issue au Tout-Puissant.
» Dans le cas où le président aurait décidé que je ne puis
» obtenir le consulat de Paris, j'ai l'intention de me rendre
» à New-York ou à Chicago, d'y ouvrir un cabinet d'affaires
» et de renoncer à la politique. J'ai tiré sur le président
» sans malice et sans intention meurtrière. Je décline

» toute responsabilité dans cette affaire. Mes sentiments
» personnels, à l'égard du président, étaient excellents;
» mais je leur ai imposé silence, et j'ai rempli mon devoir
» envers Dieu et envers le peuple américain. »

Dans une adresse au peuple américain, écrite vers le 17 juin, il disait déjà « : Le président a eu la folie de perdre le parti républicain, autrefois si grand, et c'est pour cela qu'il meurt. Ceci n'est pas un assassinat, c'est une nécessité politique. L'idée de supprimer le président m'est venue il y a environ quatre semaines ; je l'ai conçue seul et je l'ai gardée pour moi seul. » D'après lui, la nomination, l'élection, la suppression du président, étaient autant d'actes de Dieu. « J'ai dans l'idée, ajoutait-il, que je serai nommé comme Lincoln et Garfield l'ont été, c'est-à-dire par l'action de Dieu. »

Voici comment il expliquait son meurtre : « Si Garfield n'était plus là, pensai-je une nuit, dans mon lit, tout irait bien. Il me paraissait que tout allait de mal en pis, depuis qu'il était à la tête des affaires et qu'il allait occasionner une nouvelle guerre civile. Pendant deux semaines, je priai en pensant à la possibilité de la suppression du président. Plus je priais, plus j'envisageais la situation politique et plus sa suppression me paraissait nécessaire. Enfin, après deux semaines de sérieuses prières, je fus convaincu que la Divinité m'avait chargé d'accomplir cet acte et je commençai à m'y préparer. C'était vers le 1^{er} juin ; depuis cette date, je n'ai jamais eu le moindre doute sur le caractère divin de l'acte et la nécessité de le commettre. »

Une fois arrivé à la prison, il eut la meilleure nuit de sommeil qu'il eût goûtée depuis bien des semaines. Je considère comme indubitable qu'il s'attendait réellement à avoir, en sa faveur, tous les adversaires politiques de M. Garfield, et lorsqu'il sut à quel point ceux-ci se montraient indignés de son crime, il s'écria : « Que cela signi-

« fie-t-il donc ? J'aurais parié ma vie qu'ils prendraient tous » ma défense. » Il se figurait, je pense, qu'il allait devenir un grand patriote ; qu'il visiterait l'Europe, que partout il serait fêté, adulé, qu'il pourrait vendre avantageusement une seconde édition revisée de son mauvais petit livre sur « la seconde arrivée du Christ » ; qu'il arriverait à la présidence des Etats-Unis et qu'il finirait par mourir riche, heureux, satisfait et célèbre. On a prétendu, sans que cela ait été démontré, qu'il aurait annoncé, une fois, son intention d'imiter l'assassin du président Lincoln.

Lorsque Guiteau comparut devant la cour de justice, il demanda à lire une adresse qu'il avait préparée, ce qui ne lui fut pas accordé. Dans ce factum, qui a été publié, il commençait par déclarer qu'il n'était pas le meurtrier du président ; que les véritables meurtriers étaient les médecins qui l'avaient mal soigné et qui, deux mois après avoir promis sa guérison, l'avaient laissé mourir.

Quant au coup de pistolet, il répétait tout ce qu'il avait dit précédemment sur l'inspiration divine qui l'avait fait agir, et posait le problème en ces termes : « Toute la question est de savoir qui a tiré le coup : est-ce la divinité, » est-ce moi ? »

Il fit appel à des jurisconsultes éminents pour l'aider à diriger sa défense, et au peuple américain pour lui procurer de l'argent. Il prétendait qu'il y avait autant de motifs pour lui en donner, qu'à la veuve de sa victime en faveur de laquelle une souscription publique très productive venait d'avoir lieu. Il protesta avec éclat contre l'avocat qui lui avait été désigné d'office, se répandit en injures contre l'autre avocat, son beau-frère, et insulta le ministère public de la manière la plus violente.

J'ai examiné Guiteau dans sa prison, une semaine avant le jugement ; je n'ai pas trouvé chez lui de caractère physique évident d'une maladie cérébrale. La tête, comme cela se voit dans ses photographies, n'est pas tout à fait symé-

trique, la courbure de la voûte palatine est légèrement exagérée et les incisives supérieures avancent un peu trop; ce sont là des particularités qui, jointes à d'autres symptômes, et particulièrement à une forte prédisposition héréditaire pour les maladies nerveuses, peuvent avoir une certaine valeur comme signes corroboratifs d'aliénation. Il me parut évident que son intelligence était affaiblie, ce qui pouvait tenir, soit à quelque forme de folie très précoce sinon congénitale, soit à de la démence consécutive à une maladie aiguë ou chronique, soit à ce que certains médecins aliénistes pourraient appeler le tempérament vésanique ou l'imbécillité morale partielle. Il n'y avait pas d'incohérence proprement dite dans ses paroles, mais le défaut de suite dans les idées était très marqué. La faiblesse du jugement, de la raison, de la réflexion, était aussi manifeste que la rapidité de la perception et la vivacité de la mémoire pour les faits qui le concernaient. Il causait sur les sujets indifférents avec calme et amabilité, mais dès qu'on le contrariait le moins du monde, il s'excitait comme un maniaque. Il affirmait qu'il n'était pas fou et qu'il ne l'avait jamais été. Toute sa défense devait consister, d'après lui, à soutenir que les médecins seuls étaient coupables de la mort du président et que l'assassinat était amplement justifié par la situation politique, point qu'il prétendait établir par le témoignage des principaux politiciens et journalistes des deux partis. En dehors de ces lignes générales, il n'avait aucun plan de défense nettement défini, et son esprit passait d'un sujet à un autre comme celui d'un enfant ou d'un malade affecté de paralysie générale. Il ne savait pas que j'étais médecin, et parut d'abord ne faire que très peu d'attention à moi; il parlait avec son avocat, comme si je n'avais point été là. Il me fit l'effet de se considérer comme un grand homme; l'ami et l'égal des plus haut placés; comme le faiseur d'un président et le sauveur de sa patrie; comme un évangéliste qui croyait avoir sauvé le

monde par un livre sans valeur ; un politicien qui, par un mauvais petit discours prononcé une seule fois devant une vingtaine de nègres, avait contribué à l'élection de Garfield et s'était acquis des droits à un poste considérable ; comme un amoureux de bas étage, qui n'aurait qu'à faire une demande pour obtenir en mariage quelque femme riche et cultivée sans même la connaître ; comme un héros qui allait parcourir l'Europe pour y être fêté à l'envi du général Grant et qui s'était assuré une existence longue, riche et heureuse.

Certainement, je n'avais jamais vu un contraste aussi grotesque entre l'exubérance des illusions et l'humilité des faits réels, si ce n'est dans des cas de paralysie générale des aliénés.

Au bout de quelques jours de réflexion, après cette entrevue, je donnai mon opinion écrite dans les termes suivants, en ayant soin de dire qu'elle pourrait peut-être se modifier par suite d'une étude plus approfondie du cas :

1° Lorsque Guiteau a tiré sur le président, il était sous l'empire de conceptions délirantes en rapport avec d'anciennes manifestations de folie.

2° Son attentat a été, dans une certaine mesure, le résultat d'une mauvaise éducation, d'un caractère peu accessible au scrupule, de prétentions exorbitantes, de son désappointement de ne pas obtenir de place, d'un fonds de lâcheté, d'une exaltation politique excessive, d'une véritable aberration religieuse, du désespoir d'être pauvre, de l'espoir d'un bénéfice personnel, du goût pour la notoriété, et de l'idée que tout le monde parlerait de lui.

3° Il présente les plus fortes prédispositions héréditaires à la folie.

4° Il comptait bien ne pas être puni.

5° La certitude du châtiment l'aurait empêché de commettre l'acte.

6° Il a pu, dans plusieurs circonstances, dominer le penchant délirant qui le poussait à tirer sur le pré-

sident, peut-être parce qu'il savait qu'il trouverait d'autres occasions.

7^o Il savait que l'acte, en lui-même, était criminel. Mais il espérait que le bien qui en résulterait pour son parti politique, et pour le pays, contrebalancerait le mal et ferait de lui un héros. Je ne saurais dire s'il croyait réellement agir sous l'inspiration de Dieu.

8^o Le crime et la folie sont, chez lui, mélangés à un tel degré que j'aurais besoin d'être mieux renseigné pour me former une opinion arrêtée sur le châtiment à lui infliger.

9^o Son châtiment aurait probablement pour effet d'empêcher certaines gens de son espèce de l'imiter ; mais si on le pendait en donnant aux détails de son supplice le bénéfice de la publicité, cela entraînerait probablement des aliénés d'un autre type à commettre des meurtres.

10^o Mon impression présente est qu'il ne faudrait pas le pendre, à condition de l'enfermer, pour toute sa vie, dans un asile pour les aliénés criminels, ou dans une prison.

J'observai Guiteau pendant onze jours, devant la cour, et sa conduite fut en rapport avec ce que j'avais observé à la prison. Il accusait son avocat, avec colère, de ne pas adopter son système de défense ; par orgueil et par égoïsme, il faisait constamment des mensonges, pour faire croire qu'il était un homme de beaucoup d'esprit ; il passait rapidement de l'excitation d'un maniaque à la satisfaction d'un imbécile ; il était très mobile et se montrait volontaire sans plan défini ; son esprit était fertile en inventions nouvelles, mais il manquait de suite dans ses idées ; il manifestait une perception vive, une mémoire fidèle, une satisfaction de lui-même intense, une brutalité de coquin, un certain degré de finesse, et, par-dessus tout, un désir évident et un espoir apparent d'être acquitté.

Ce procès a été, on n'en saurait douter, la plus grande satisfaction de sa vie. Lorsqu'il pouvait trouver le moyen de déclamer, devant la cour, quelque passage de son

« Oraison sur l'apôtre saint Paul », il était évidemment dans un tel état de béatitude et de plaisir que toute autre sensation disparaissait pour lui. Enfin, il était l'objet de l'attention générale, et il en éprouvait une joie infinie. Il parlait sans cesse de lui-même comme d'un homme du meilleur ton, tout en reconnaissant qu'on l'avait toujours considéré comme timbré; il nuisait constamment à sa propre cause en traitant ses meilleurs témoins de menteurs, en qualifiant son beau-frère de parjure et en injuriant son avocat. Il était certainement, comme il le disait lui-même, « abominablement sérieux. » Dans sa contre-examenation, il fit preuve d'une promptitude de réplique, d'une vivacité d'esprit, dont je n'avais jamais vu d'exemple jusque-là. Certainement s'il avait été un simulateur, il n'aurait pas manqué de se trahir à plusieurs reprises.

Il discutait les diverses hypothèses de sa propre folie, à l'époque du meurtre, et citait des personnes qui avaient été sauvées pour ce motif, sujet que ses études de droit lui avaient rendu plus ou moins familier. Un jour, il insultait les nègres, et le lendemain, le jury en comprenant un, il lui faisait ses excuses. Il niait avec persistance les faits méprisables de son existence passée; il s'écartait de la cause pour conseiller au gouvernement de détruire le mormonisme et pour engager le président Arthur à destituer tel ou tel fonctionnaire. Une fois, il alla jusqu'à frapper l'un des huissiers de la cour qui le pressait de gagner sa place.

Lorsqu'il apprit que le jury l'avait condamné, il commença par être très calme, puis il cria en appelant sur ses juges la vengeance de Dieu. Ayant lu le récit d'un grave accident de chemin de fer, il dit qu'il aimait mieux être pendu que de mourir de cette manière. Lorsqu'on lui dit que quelqu'un avait offert mille dollars pour avoir le droit de disséquer son corps, il répondit froidement : « Quelque autre en donnera peut-être deux mille. » Pendant qu'il attendait la sentence, il était tout à fait calme et s'occupait

à corriger, dans un journal, un passage où l'on disait par erreur qu'il vendait ses autographes neuf dollars le cent, au lieu de la douzaine. Après avoir entendu lire la condamnation à mort, il prononça, avec exaltation, quelques paroles remplies de ses divagations religieuses ordinaires, puis il se calma et fut reconduit à la prison ; là il prétendit qu'il était sûr d'obtenir un nouveau jugement, et qu'il pourrait bien encore devenir président des Etats-Unis.

On ne peut essayer de déterminer quel était exactement l'état mental de Guiteau, au moment de l'assassinat, sans se heurter à de nombreuses difficultés. Sa vie avait été si vagabonde que ses amis savaient peu de choses exactes sur son compte. D'autre part, le gros du public réclamait si bruyamment son exécution, qu'il ne fut pas possible d'obtenir des témoignages d'une impartialité suffisante. En outre, le procès n'eut lieu que quatre mois et demi après le meurtre. Enfin, le prisonnier, quoique sérieusement convaincu de ses conceptions délirantes, tenait particulièrement à sauver sa tête, s'il le pouvait ; aussi se montra-t-il, à bien des égards, fort oublieux si ce n'est fort menteur. Pour tous ces motifs, il fut tout à fait impossible d'arriver à connaître la vérité exacte, et à éclaircir les contradictions de certains témoignages.

L'idée de ce qu'il appelait son inspiration ne lui vint certainement à l'esprit que postérieurement à l'idée du meurtre ; comme dans d'autres circonstances antérieures de sa vie, ce fut l'expression de la profonde conviction d'un esprit faible que la Divinité approuvait son projet.

C'est ainsi qu'il avait cru être l'objet d'une protection divine toute personnelle, et d'une intervention spéciale du Seigneur qui avait tenu à lui sauver la vie, lorsqu'il avait sauté d'un train de chemin de fer en marche, faute de pouvoir payer sa place ; lorsqu'une collision avait eu lieu entre deux bateaux à vapeur, sur l'un desquels il se trouvait ; lorsqu'il avait tiré sur le président, au milieu de la foule ;

lorsqu'on avait tiré sur lui, tant dans la prison que pendant son trajet pour aller à la cour.

Je me demande si Guiteau n'a pas éprouvé, dans sa vie, plusieurs accès de manie subaiguë qui l'ont laissé chaque fois dans un état plus voisin de la démence. On pourrait en compter huit, dont le dernier aurait correspondu à la recherche du consulat de Vienne ou de Paris, et aurait abouti à l'assassinat du président. C'était au moment de ces recrudescences d'excitation — pendant lesquelles il différerait certainement beaucoup de l'état de calme où il restait souvent de longs mois de suite — qu'il poursuivait les femmes de ses absurdes projets de mariage.

Quoique les témoignages recueillis n'aient pas été décisifs à cet égard, il me semble y trouver les indices de ces légers accès de manie, aboutissant à un affaiblissement considérable des facultés, ou de ces périodes d'excitation maniaque qui sont si fréquentes dans les formes dégénératives ou congénitales de la folie ou de l'imbécillité partielle. Dans ces derniers cas, on est exposé à confondre les manifestations maniaques avec la simple méchanceté, parce qu'elles paraissent souvent, si ce n'est généralement, raisonnées et coordonnées comme les actes des gens qui ne sont que méchants.

Si Guiteau est affecté d'accès maniaques à type récurrent ou paroxystique, il me semble que les conditions mentales dans lesquelles il se trouvait, pendant la durée du procès, étaient compatibles avec la responsabilité. Au moment du meurtre, il était sous le coup d'une conception délirante consistant à croire que les adversaires politiques du général Garfield, et consécutivement le pays tout entier, approuveraient son acte et feraient de lui un héros. A quel point, à ce moment, il était incohérent dans ses idées, et en proie à de l'excitation maniaque, c'est ce qui, malheureusement, n'a été observé par personne de compétent et ce qui ne sera jamais connu.

Que la folie de Guiteau ait été congénitale, qu'elle se soit développée sous l'influence du coup qu'il a reçu sur la tête, sous celle de la puberté ou de la masturbation, il y a certainement, dans l'histoire de sa famille, de quoi rendre ces différentes éventualités parfaitement admissibles. Cette forme de folie, bien que relativement assez rare, et souvent confondue avec la dépravation, est reconnue et décrite par les auteurs les plus compétents en pathologie mentale sous les noms de folie morale, primitive ou secondaire, de folie affective, impulsive, raisonnante, etc., etc. La responsabilité légale, dans tous les cas de ce genre, est une question très obscure. L'expert médical n'a qu'à établir les conditions de la perversion morale et du défaut d'équilibre intellectuel ; à signaler le caractère impératif des conceptions chez ces individus, alors même que le développement intellectuel ne présente rien qui aux yeux des observateurs ordinaires suffise pour caractériser une infirmité ou une maladie ; c'est ensuite à la société à disposer d'eux comme elle croit devoir le faire.

Celui des témoins entendus qui était le mieux à même de connaître Guiteau a déclaré que ses allures avaient complètement changé depuis le printemps dernier ; qu'il était devenu plus irritable, plus émotif, plus exalté ; qu'il parlait beaucoup plus ; d'après ses propos et ses actions, il semblait être devenu un homme tout autre ; l'expression de ses yeux était modifiée. Ce témoin n'a pas pu dire si la proéminence de l'œil droit et la légère déviation de l'axe d'un des yeux était naturelle ou non. Il a été constaté que Guiteau se trouvait, avant le meurtre, dans un état de grande exaltation. Il présente un peu d'ataxie ou peut-être, seulement, ce genre d'incertitude sur les jambes qui peut résulter de l'emprisonnement. Si l'on frappe sur les tendons de ses rotules, on détermine dans les deux jambes des oscillations rapides qui font décrire aux pieds un arc d'environ douze pouces. La langue est étalée, on y

observe des contractions fibrillaires localisées, tantôt dans une partie, tantôt dans une autre. Quand il parle vite, on ne constate rien de défectueux dans sa prononciation, mais il n'en est plus de même lorsqu'il parle lentement; il ne paraît pas y avoir d'incertitude dans son écriture. De pareils symptômes, associés à la nature expansive et à la mobilité des idées, font penser à la première période de la paralysie générale des aliénés, mais ils ne sont pas suffisants, à mon avis, pour en démontrer l'existence. Je ne suis nullement certain que ce ne soit pas là un cas analogue à celui publié, il y a un an, par Christian, dans les *Annales médico-psychologiques*, où il s'agissait d'un imbécile qui avait eu un accès d'excitation maniaque à trente-trois ans et qui était devenu paralytique général à cinquante; ou encore, un de ces cas où, comme l'a remarqué Morel, la vie antérieure tout entière peut être considérée comme la période d'incubation de la paralysie générale.

J'ai tâché de choisir, avec le plus d'impartialité possible, dans la masse énorme des témoignages, les faits les plus propres à faire apprécier la nature du cas.

Guiteau a été soumis à l'observation des médecins pendant la durée d'un procès capital, c'est-à-dire dans des conditions désavantageuses. Même s'il a cherché, comme je le crois, à simuler sur certains points, cela est aussi conciliable avec la folie qu'avec la raison. Il me semble appartenir à cette catégorie d'aliénés criminels pour lesquels le meilleur parti à prendre, si la législation le permettait, serait de les enfermer dans un asile spécial pour les aliénés criminels, sans les soumettre à la publicité d'une cour d'assises. Aux yeux du public en général, et des classes criminelles en particulier, il a fait l'effet d'un gredin dangereux et sans scrupules, à esprit mal organisé, qui simulait la folie pour sauver son cou. Le verdict du jury a été accueilli par une approbation à peu près universelle.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 JANVIER 1882.

Présidence de MM. LUYs et DALLY

La séance est ouverte à quatre heures sous la présidence de M. LuyS, président.

Adoption du procès-verbal de la séance précédente, après lecture donnée par M. Ritti, secrétaire.

Installation du bureau.

M. LuyS, avant de procéder à l'installation du bureau, prononce le discours suivant :

Messieurs et chers collègues,

Avant de céder le fauteuil de la présidence, auquel vos suffrages m'ont précédemment appelé, permettez-moi, tout d'abord, de vous témoigner encore toute ma reconnaissance pour l'honneur dont vous m'avez gratifié, et ensuite, jetant un regard rapide sur l'année qui vient de s'écouler, de vous signaler les faits qui peuvent intéresser l'existence de notre Société.

Notre Société médico-psychologique, en raison de son mouvement acquis déjà depuis longtemps, a continué à vivre heureusement et à présenter des séances dont nos archives auront à enregistrer le souvenir. Des questions remplies d'actualité ont surgi çà et là, et servi à donner à nos séances un vif intérêt.

Vous avez encore tous présente à l'esprit cette brillante improvisation dans laquelle notre éloquent maître, M. le professeur Lasègue, a retracé, avec cet entrain descriptif que vous lui connaissez, avec cette allure mordante et spirituelle qui lui est si familière, les différentes phases de l'état mental des hystériques, comment elles se com-

portent au point de vue médical, comment elles naissent et comment elles finissent.

Vous vous souvenez encore des faits nouveaux et des aperçus ingénieux que notre sympathique président actuel, le Dr Dally, a exposés sur les dégénérescences en général, et les dégénérés en particulier.

Je vous rappellerai encore la très saisissante communication faite par M. le Dr Motet, en son nom personnel et en celui de notre collègue, le Dr Mesnet, au sujet d'un cas de somnambulisme, observé chez un homme, et ayant servi à éclairer une décision de la justice. C'est là un fait du plus haut intérêt en médecine légale, et dont l'initiative tout entière appartient à nos savants collègues.

Je vous rappellerai encore avec quelle attention vous avez écouté le rapport sur le prix Aubanel, présenté par M. le Dr Christian, rapport fait avec une clarté de style des plus saisissantes, et une indépendance d'appréciation qui fait le plus grand honneur à son auteur.

En somme, cette année a été bonne pour notre Société, qui continue à se maintenir au niveau intellectuel qu'elle a si légitimement conquis, et qu'elle doit en partie au zèle de ses devanciers et de ses premiers fondateurs. Nous voyons peu à peu, autour de nous, leurs rangs s'éclaircir, et faire place aux nouveaux élus qui viennent lui apporter le concours de leurs lumières.

Parmi ceux qui nous ont quittés durant cette année, je vous rappellerai d'abord le nom de Pouzin qui, pendant si longtemps, fut un des assidus de nos séances. Puis Linas, dont la thèse sur la paralysie générale est si justement estimée et qui a acquis une réputation méritée de vulgarisateur de notre science par ses articles dans la *Gazette hebdomadaire* et le *Dictionnaire encyclopédique*. — Brière de Boismont, un des vétérans de l'aliénation mentale, dont les travaux d'érudition et de clinique ont si largement pourvu les annales de nos séances. Et enfin, notre très regretté collègue, Marchant, victime du devoir professionnel, qu'un crime est venu subitement ravir à l'affection de sa famille et de ses amis. La plume de notre nouveau secrétaire général s'exercera sur ces intéressantes existences si bien remplies, qui font le plus grand honneur à notre profession.

A côté de la phalange des anciens membres qui disparaissent, nous avons eu la pléiade des nouveaux venus aux-

quels je suis heureux d'adresser des paroles de bienvenue. La Société médico-psychologique s'est annexé, à différents titres, MM. les Drs Charpentier, médecin résident à la Salpêtrière, Régis, à Sainte-Anne, Bigot, à Vaucluse, M. le Dr Garnier, et aussi un correspondant étranger, M^{me} Nadine Skwortzoff, doctoresse de la Faculté de Paris, dont la thèse sur la cécité et la surdité des mots dans l'aphasie présente cette question sous des aspects tout nouveaux. — C'est ainsi que les vides se sont comblés, et nous avons lieu d'espérer que les nouveaux élus se montreront dignes de continuer les traditions d'amour pour la science et de devoir professionnel légués par les devanciers.

Messieurs et chers collègues,

Après m'avoir appelé à présider vos séances, si j'ai pu remplir mon mandat avec quelque facilité, je le dois en partie à toute votre bienveillance, et je vous en remercie. — Je le dois encore à la coopération si active et si expérimentée de notre sympathique secrétaire général, le Dr Motet, que vous avez si légitimement appelé à la présidence; et pour les comptes rendus si exacts et si complets de nos séances, à l'assiduité et au zèle de nos secrétaires annuels, MM. Paul Moreau et Ritti. Je suis heureux, quant à moi, d'adresser à M. Ritti, moins comme président que comme ami, mes bien sincères félicitations pour sa promotion aux fonctions de secrétaire général de notre Société, à laquelle vos suffrages l'ont si légitimement appelé. — C'est là une juste récompense, très laborieusement conquise par des services rendus, depuis plusieurs années, comme secrétaire de nos séances, par son zèle pour les intérêts de notre Société, et les travaux éminents sur les différentes questions du domaine de la pathologie mentale dont il a enrichi la littérature médicale.

Permettez-moi donc, messieurs, avant de reprendre ma place parmi vous, d'adresser mes bien sincères remerciements aux anciens membres du bureau, et mes vœux les plus sympathiques pour nos successeurs, ainsi que pour la prospérité de notre Société.

M. DALLY. — Messieurs, je n'ai pas de discours à faire, ce serait usurper les prérogatives du président sortant; cependant je dois mentionner un oubli de M. Luys qui n'a

pas pensé à parler de lui, de ses services rendus. Et pourtant que d'éloges ne mérite-t-il pas pour ses travaux incessants, dont le but et le résultat ont été de transformer notre ancienne psychologie en physiologie cérébrale, et vous en connaissez les succès non moins en France qu'à l'étranger. Je me permettrai de rappeler à votre souvenir un travail que j'avais, il y a une quinzaine d'années, en 1865, soumis à votre Société, intitulé questions psychologiques. Toutes ces questions qui alors n'étaient que posées, sont déjà résolues en considérant le rôle des couches corticales dans les phénomènes d'incidence, perception, réflexion.

La poursuite de la solution de ces questions, tel est à mon sens, le but, la voie forcée de notre Société médico-psychologique, que j'appellerai plus volontiers Société de médecine mentale ; et, à cette occasion, je ne permettrai de formuler un vœu, celui de nous voir mettre à l'ordre du jour de nos séances les questions non pas précisément d'aliénation mentale, mais les questions à côté, hypnotisme, métallothérapie, dédoublement, automatisme ; ces questions déjà étudiées, par MM. Mesnet et Azam, servent à éclairer les phénomènes cérébraux et par conséquent ceux présentés par les aliénés. Je termine en vous promettant mon assiduité et en vous offrant mes remerciements pour l'honneur que j'ai reçu de vous.

M. MORET, vice-président, remercie la Société pour les appuis bienveillants et sympathiques que ses membres n'ont cessé de lui prodiguer pendant les neuf années de ses fonctions comme secrétaire général. Deux événements ont marqué ces fonctions : le congrès de 1878 et le congrès médical de Londres de 1881 pour la satisfaction qu'il a éprouvée en recueillant les manifestations de sympathie pour la Société médico-psychologique.

M. Motet rappelle la perte de la Société en la personne de M. le docteur Brière de Boismont et donne lecture du discours qu'il a prononcé à ses obsèques au nom de la Société. (Voir *Annales médico-psychologiques*, no de mars, p. 348).

M. RIVI, secrétaire général. — Avant de procéder au dépouillement de la correspondance, je tiens, messieurs, à exprimer à la Société combien je suis touché de l'honneur qu'elle me fait et de la confiance qu'elle me témoigne en m'appelant aux fonctions de secrétaire général. Je sais

combien il est difficile de succéder à mon prédécesseur et ami, M. Motet, qui, pendant près de dix ans, a dirigé avec tant de zèle et de dévouement les affaires de notre Société. Je ferai tout mon possible pour l'imiter et je compte beaucoup sur ses conseils pour me faciliter ma tâche. En terminant, je me fais un devoir de remercier M. Luys des paroles si sympathiques, en même temps que trop élogieuses, qu'il vient de prononcer sur mon compte. Elles me touchent d'autant plus qu'elles viennent d'un de nos plus savants collègues que j'ai tous les droits de considérer comme un de mes maîtres.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

Les mémoires présentés pour le prix Aubanel (concours 1882), sont au nombre de sept :

1^o Pli cacheté. — *Hérédité dans le crime.*

2^o Azam. — *Troubles intellectuels consécutifs aux traumatismes du crâne.*

3^o Verkoutre. — *Forme non décrite d'hallucinations paranoïaques.*

4^o De Becker. — *Hallucinations et terreurs nocturnes chez les enfants.*

5^o Régis. — *Sur quelques points touchant la paralysie générale.*

6^o Bergeron. — *Folie de la puberté.*

7^o Briand. — *Délire aigu.*

Deux mémoires ont été envoyés pour le prix Esquirol, ce sont :

1^o *Du délire chez les vésaniques.*

2^o *Des phénomènes congestifs au début de la paralysie générale.*

La correspondance manuscrite comprend :

1^o La lettre suivante de M. Dagonet :

Monsieur le Président et cher collègue,

Dans sa dernière séance, la Société médico-psychologique a bien voulu protester énergiquement contre les attaques odieuses dont j'ai été l'objet; je vous serais obligé de lui en exprimer toute ma reconnaissance.

J'ai été très sensible à ce haut témoignage de sympathie,

mais je dois, avant tout, reconnaître qu'il a été dicté par cet esprit de solidarité qui distingue notre Société et qui nous unit les uns aux autres dans la même œuvre scientifique et dans les sentiments de mutuelle estime.

Par la nature même de nos fonctions, nous sommes exposés, plus que d'autres, à d'injustes critiques et à de perfides accusations ; il est donc heureux que chacun de nous puisse, à l'occasion, se sentir soutenu par d'honorables et savants collègues.

Je vous prie, monsieur le Président et cher collègue, de vouloir bien transmettre à la Société médico-psychologique mes remerciements les plus sincères et d'agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

H. DAGONET.

2^e Lettre de MM. les D^{rs} Seppilli et Riva, médecins adjoints de l'asile de Reggio, sollicitant le titre de membres associés étrangers de la Société.

M. Ball, Foville et Motet, rapporteur, sont nommés pour former la commission chargée d'examiner les titres et travaux de M. Seppilli et de M. Riva.

3^e Lettre de M. Bécoulet, médecin directeur de l'asile d'aliénés du Jura, demandant à faire partie de la Société médico-psychologique comme membre correspondant. Une commission composée de MM. Motet, Lunier, Moreau (de Tours), rapporteur, est chargée d'apprécier les titres et travaux de M. Bécoulet.

4^e Lettre de M. le D^r Constans, demandant à être nommé membre honoraire.

M. Legrand du Saulle demande le vote immédiat à mains levées.

M. Constans est nommé membre honoraire à l'unanimité

5^e Lettre de M. le D^r Nicholson, de Broadmoore, remerciant la Société de l'avoir nommé membre associé.

M. FOVILLE. — Messieurs, je suis chargé de faire à la Société une communication qui, j'en suis sûr, sera accueillie de la manière la plus favorable par tous ses membres, et plus particulièrement par ceux d'entre vous qui composent le comité de la statue de Pinel.

Vous savez, messieurs, qu'au moment même où, en France, Pinel faisait tomber les chaînes des aliénés de Bicêtre, un mouvement analogue de réforme prenait naissance en Angleterre. William Tuke jetait, en 1792, les pre-

miers fondements de la célèbre Retraite d'York, et cet établissement était en plein fonctionnement en 1796. Les traditions de William Tuke furent continuées en Angleterre par Samuel Tuke son fils, mais ni l'un ni l'autre n'étaient médecins. La troisième génération au contraire est représentée, de nos jours, par un médecin aliéniste éminent, le Dr Daniel Hack Tuke, dont vous avez pu apprécier le mérite et l'amabilité lors du congrès aliéniste tenu à Paris en 1878, dont ceux d'entre vous qui ont pris part au congrès médical de 1881 à Londres n'oublieront jamais le gracieux accueil ni la cordiale hospitalité.

Le Dr Tuke est, en outre, cette année le président de l'Association médico-psychologique anglaise.

C'est lui qui, sachant que nous nous occupons, en France, d'élever une statue à Pinel, a voulu prendre part à notre œuvre, et a eu la modestie de me demander s'il n'y aurait pas *indiscrétion* de sa part à nous offrir sa souscription.

J'ai voulu, messieurs, vous laisser le soin de lui répondre. Mais permettez-moi de vous dire que je n'ai aucun doute sur l'accueil que vous ferez à cette proposition; c'est donc en toute confiance que j'ai l'honneur de vous annoncer la souscription d'une somme de 100 francs au nom du Dr *Daniel Hack Tuke*, de Londres, petit-fils du premier promoteur de la réforme du régime des aliénés en Angleterre, et du fondateur de la Retraite d'York.

M. DALLY exprime la reconnaissance de la Société pour la généreuse initiative de M. le Dr Tuke et propose le renvoi de la communication de M. Foville à la commission chargée de l'érection de la statue de Pinel.

M. LUNIER propose que la commission se réunisse et adresse au Ministre de l'intérieur une demande d'allocation à ce sujet.

La correspondance imprimée comprend :

- 1^o La chronique du *Manicome de Sienna*.
- 2^o Le bulletin du *Manicome de Naples*.
- 3^o Une brochure sur la *Chartreuse de Parme*.

M. ESPIAU DE LAMAESTRE dépose sur le bureau quatre nouveaux travaux qu'il vient de terminer.

1^o Programme d'une cellule-type pour asile d'aliénés, par une commission désignée par M. le préfet de la Seine.

2^o Rapport statistique et médical sur l'établissement de Ville-Evrard pour l'année 1880.

3^e Mémoire sur la paralysie générale à double forme.

4^e Projets d'agrandissement du pensionnat de Ville-Evrard.

M. MOTET dépose sur le bureau les « transactions of the international medical congress 1881. »

Prix Belhomme.

M. LEGRAND DU SAULLE fait connaître à la Société qu'il a donné le nom de *Salle Belhomme* à un dortoir de jeunes idiots, à la Salpêtrière, en souvenir de l'excellent travail inaugural de Belhomme, sur l'idiotie. « J'en ai informé aussitôt, dit-il, M^{me} Leroy, née Belhomme, et la fille de notre regretté collègue, émue jusqu'aux larmes, est venue m'apporter une somme de 8,245 francs, pour l'achat de 300 francs de rente 3 0/0. Elle m'a prié de vous offrir cette somme qui, selon son désir formel, serait destinée à un prix triennal de neuf cents francs, portant le nom de *prix Belhomme*. Ce prix serait décerné à l'auteur du meilleur travail sur l'aliénation mentale ou sur l'idiotie. Les conditions du concours seraient d'ailleurs fixées d'une manière souveraine par la Société. En votre nom, j'ai accepté cette libéralité. Je me suis même, par anticipation, rendu l'interprète de tous vos sentiments de sympathique gratitude. J'ai fait immédiatement l'acquisition de 300 fr. de rente 3 0/0, au cours de 82 fr. 32 c., au nom de la *Société médico-psychologique, reconnue comme établissement d'utilité publique*. Dès que le titre me sera remis, je le déposerai entre les mains de votre Trésorier. »

Rapport de la commission des finances.

M. LEGRAND DU SAULLE, au nom de la commission des finances, expose que la situation de la caisse de la Société est très prospère. On pourra en juger par les chiffres suivants :

<i>Recettes.</i> — Reliquat, fonds de caisse au		
31 décembre 1880.	4,894 fr.	60
Recettes de l'année 1881.	1,399	50
	Total	6,294 fr. 10
<i>Dépenses.</i> — Dépenses diverses.	980 fr.	75
	Reste	5,313 35

Cette somme de 5,343 fr. 35 c., existant au 31 déc. 1881, est représentée par :

Rente 3 0/0.	4,095 fr. 05
Espèces disponibles.	1,248 30

Ces résultats établissent une différence en plus sur 1880 de 452 fr. 50 c.

Quant à la caisse Aubanel, elle renfermait, au 31 décembre 1881, une somme de. 3,994 fr. 45 représentée par :

Rente 3 0/0 amortissable.	4,125 75
Espèces disponibles.	2,868 70

Enfin, relativement à la souscription pour la statue à élever à Pinel, sur la place de la Salpêtrière, les sommes obtenues jusqu'à ce jour s'élèvent à. 44,821 fr.

Déjà un acompte de 5,000 francs a été remis au statuaire et un acompte de 4,000 francs au fondeur. Le groupe monumental, entièrement terminé, a été exposé au Salon de 1881, comme chacun le sait.

En ce moment, nous sommes en instance auprès du conseil municipal pour obtenir le piédestal, dont le devis s'élève à 4,600 francs.

Le comité n'a sollicité des souscriptions qu'avec une très grande discrétion. Aussi, beaucoup de membres titulaires, honoraires, correspondants ou associés étrangers, n'ont-ils pas encore adressé leur offrande. Mais la Société a compté sur le concours de chacun et elle s'attend à recevoir la part contributive des retardataires. Elle en a le plus pressant besoin.

Sur la conclusion de M. Legrand du Saulle, des remerciements sont votés à M. Aug. Voisin, trésorier.

De la responsabilité légale des faibles d'esprit.

M. FOVILLE. — Messieurs, dans l'une de vos dernières séances, j'ai présenté à la Société, de la part de M. le Dr Parant, de Toulouse, l'un de vos membres correspondants, une brochure intitulée : « Considérations médico-légales sur la responsabilité des faibles d'esprit. »

M. le Dr Motet a pensé que cette question, bien que touchant de près à des points qui ont déjà souvent occupé l'attention de la Société, avait cependant assez d'importance

pour l'intéresser de nouveau, et, peut-être, pour servir de point de départ à une discussion, à laquelle il a promis de contribuer par la communication de faits qui lui sont personnels.

C'est afin de provoquer d'autres communications du même genre que j'ai l'honneur de vous présenter une courte analyse du travail de M. Parant.

Celui-ci s'est trouvé chargé, par un arrêt de la chambre des mises en accusation de la cour de Toulouse, en date du 29 novembre 1879, conjointement avec M. le Dr Darnis, médecin de l'asile de Montauban, également membre correspondant de votre Société, et avec M. le Dr Noguès, professeur de clinique à l'école de médecine de Toulouse, d'examiner l'état mental du sieur C..., cultivateur, prévenu d'attentats à la pudeur.

Au cours de l'instruction dirigée contre l'accusé, M. le Dr Darnis avait été, d'abord, chargé seul de l'examiner, et il avait conclu à la responsabilité atténuée. Ses conclusions n'ayant pas paru être suffisamment explicatives, MM. Noguès et Parant lui furent adjoints pour un supplément d'expertise.

La conclusion des trois experts fut que C... était évidemment responsable; toutefois ils ajoutèrent qu'en raison de sa faiblesse d'esprit, il paraissait mériter le bénéfice des circonstances atténuantes.

C... comparut en mars 1880 devant la cour d'assises de Tarn-et-Garonne. MM. Darnis et Parant reproduisirent devant le jury les conclusions de leur rapport. Deux autres docteurs en médecine, appelés comme témoins par la défense, soutinrent au contraire que l'accusé était irresponsable; après des débats animés, C... fut déclaré coupable avec circonstances atténuantes et condamné à deux ans de prison.

Cette cause avait eu, naturellement, un assez grand retentissement dans le pays et en particulier dans le corps médical. M. le Dr Parant crut à propos de faire connaître, à la Société de médecine de Toulouse, les détails de l'affaire et il y ajouta certaines considérations théoriques sur la question médico-légale soulevée. Telle est l'origine du travail dont je m'occupe. Je dirai quelques mots des deux parties qui le composent.

C... était un petit cultivateur, qui paraît avoir présenté

jusqu'à l'âge de dix-sept ans, un développement intellectuel ordinaire. A cette époque, il fit une chute sur la tête, et il s'ensuivit une affection cérébrale, délirante, d'assez longue durée, à la suite de laquelle il était resté paresseux, indifférent, apathique, faible d'esprit en un mot.

« Il vivait dans sa famille, employé à des travaux de peu d'importance, conduisant les bestiaux au pâturage, ne voulant pas se livrer à un travail plus pénible, et se contentant d'une très faible rémunération des services qu'il rendait; il ne se préoccupait nullement de son avenir, et pourvu qu'il eût le vivre et le couvert, le reste lui importait peu. — Cependant, il ne négligeait pas complètement ses intérêts pécuniaires; lorsqu'une somme d'argent lui était due, il s'occupait soigneusement de la recouvrer; et il se montrait assez habile aux choses commerciales. »
J'arrive aux faits incriminés.

« C... avait attiré, chez lui, une fillette d'une douzaine d'années; elle venait le voir depuis longtemps et se prêtait à ce qu'il demandait d'elle. Le mal n'avait d'abord consisté qu'en attouchements pratiqués par C..., puis un jour, celui-ci alla plus loin. »

Le père, instruit de l'affaire, commença par pratiquer le chantage à l'égard de C... Il lui fit souscrire, par acte authentique, une obligation de plusieurs centaines de francs, promettant de garder le silence; puis, quand l'obligation eut été souscrite, il s'empessa de manquer à sa promesse et il dénonça C... à la justice.

Les experts, mettant de côté toute considération extramédicale, constatèrent que C... ne présentait aucun signe d'aliénation mentale proprement dite; qu'il n'était pas et n'avait pas été sous l'influence d'idées délirantes; qu'il n'était pas en état de démence; qu'il n'avait jamais eu d'impulsions morbides transitoires, capables de pervertir momentanément la volonté et l'intelligence; qu'enfin, quoique faible d'esprit, il ne l'était pas au point de ne pas comprendre la portée de ses actes.

D'autre part, en ce qui concernait l'objet même de l'accusation, C... savait très bien qu'il agissait mal; il se cachait avec la fillette; il l'attirait seule chez lui; il lui donnait des rendez-vous avec une certaine habileté; lorsqu'il s'était prêté au chantage exercé par le père, c'était dans la perspective qu'avec un peu d'argent il achèterait le silence; il se cachait

et avait conscience de sa faute; il adit, lui-même, aux experts qu'il savait bien que son action était répréhensible.

Ces détails, qui sont empruntés presque textuellement au travail de M. Parant, expliquent suffisamment les conclusions formulées par les experts.

Quant aux médecins appelés par la défense, ils auraient, paraît-il, déclaré, par écrit et verbalement, que C..., depuis la maladie cérébrale qu'il avait eue, à dix-sept ans, à la suite d'une chute, ne jouissait plus de la plénitude de ses facultés, et qu'il devait être déclaré irresponsable.

On sait quelles ont été l'appréciation du jury et la décision de la cour.

Quant aux questions théoriques discutées, d'une manière subsidiaire, elles sont au nombre de deux.

Voici la première : Le fait de l'existence antérieure d'une maladie cérébrale quelconque, ayant momentanément troublé l'intelligence, doit-il devenir, *A priori*, pour l'individu atteint, une cause d'irresponsabilité?

La réponse à faire à une question posée en ces termes, ne peut être douteuse; on ne saurait poser en principe que toute affection de ce genre est à tout jamais incurable; il faut donc admettre qu'avec la guérison, la responsabilité reparaît, sauf à invoquer les antécédents de l'accusé pour le recommander à l'indulgence.

Voici la seconde question : La faiblesse d'esprit est-elle une cause suffisante d'irresponsabilité?

Ici il faut évidemment admettre des distinctions d'après le degré de faiblesse intellectuelle. Les idiots, les imbéciles confirmés, sont bien certainement des irresponsables.

« Mais, dit M. Parant, entre les imbéciles et les hommes sains d'esprit, il y a une classe d'individus, fort nombreuse. La somme d'intelligence qui leur a été répartie est inférieure à celle de la moyenne du commun des hommes; ils n'en sont pas, cependant, dépourvus tout à fait.... Ces individus, parmi lesquels C... avait la place évidemment marquée, doivent-ils *a priori* être déclarés irresponsables? » Non, dit l'auteur, car il ne partage pas la tendance actuelle qui, par un sentiment de commisération exagérée, tend à donner une extension indéfinie aux limites de l'irresponsabilité, à ne plus voir nulle part de criminels et à généraliser l'excuse tirée de la folie.

Pour lui, le critérium de l'irresponsabilité, il ne le trouve

que dans la constatation évidente d'une maladie proprement dite, et il n'en rencontre aucune chez ces individus qui sont simplement faibles d'esprit.

Discutant ensuite les conditions dans lesquelles s'exécutent chez eux les phénomènes intellectuels et moraux, il déclare que, dans son opinion, on ne peut contester qu'ils aient des idées, des conceptions, du jugement; tout cela sans doute, est imparfait, mais existe bien réellement; ils sont en état de se décider par leur propre initiative, de *vouloir*.

On voit que M. Parant ne recule pas devant l'expression de sa pensée; il n'hésite pas à se ranger au nombre des partisans de l'existence du libre arbitre et il rappelle même la définition qu'en a donnée Bossuet : « Le libre arbitre est la » puissance que nous avons de faire ou de ne pas faire » quelque chose. »

C'est aller, sans doute, à l'encontre d'une école nombreuse et fort appréciée de nos jours, et c'est s'exposer à rencontrer de nombreux contradicteurs.

Pour moi, messieurs, je ne suis pas du nombre de ces derniers; sans prétendre résoudre, ni même discuter de hautes questions de philosophie purement spéculative, je crois que dans la pratique médico-légale, telle que nous sommes journellement appelés à l'exercer, nous devons nous appliquer uniquement à éclairer la justice dans l'application de l'art. 64 du code pénal, d'après lequel « il n'y a ni crime, » ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au » temps de l'action, ou lorsqu'il y a été contraint par une » force à laquelle il n'a pas pu résister. »

Par conséquent, pour nous autres médecins, en dehors des états réellement maladifs, compris dans le sens judiciaire du mot démence, et en dehors de l'impulsion irrésistible dûment constatée, il n'y a pas lieu de nous laisser entraîner par une philanthropie banale, par une sentimentalité outrée à généraliser la théorie de l'irresponsabilité. Ce serait renoncer volontairement au crédit que nos témoignages doivent inspirer lorsque nous avons à faire reconnaître l'existence d'une véritable aliénation mentale.

Je me permettrai de répéter ici ce que je disais récemment dans un autre travail : « La gloire de Pinel a été d'élever les » aliénés à la dignité de malades; le devoir de ses successeurs est de maintenir ce principe dans son intégrité, et » d'apporter tous les perfectionnements possibles dans

» l'application à en faire aux cas douteux. Mais il n'y a aucun
 » motif pour faire à l'ensemble des criminels le même
 » honneur qu'aux aliénés, et pour les relever, eux aussi, de
 » leur indignité (4). »

Ce raisonnement s'applique au même titre aux simples faibles d'esprit, et je crois, avec M. Parant, qu'on ne saurait accorder systématiquement à leurs méfaits le bénéfice de l'impunité.

M. MOTET demande à répondre à la prochaine séance.

La séance est levée à six heures.

D^r CHARPENTIER.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1882.

Présidence de M. DALLY.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages

La correspondance imprimée comprend :

1^o Le bulletin du manicomio de Fleurent.

2^o Le tome VI du *Bulletin de la Société de médecine légale*.

3^o *La relation statistique et clinique du phrénicoïme de Pérouze*; par le D^r Roberto Adriani.

4^o *Auscultation de la voix à la surface de la tête*; par le D^r Roberto Adriani.

M. Régis est chargé de rendre compte du tome VI du bulletin de la Société de médecine légale et M. Moreau de la brochure sur l'auscultation de la voix.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Une lettre d'excuse de M. Garnier, secrétaire.

2^o Une lettre de M. Motet qui s'excuse de ne pas venir prendre la parole pour répondre à M. Foville.

3^o Une lettre de M. Hack Tuke à propos de la lettre de remerciement que lui a adressée le bureau.

M. LE PRÉSIDENT lit la traduction qu'il a faite de cette lettre :

(1) LE CRIMINEL, *Annales d'hygiène et de médecine légale*, novembre 1880, p. 439.

monsieur le Président de la Société médico-psychologique de Paris,

« Cher et honoré collègue,

» J'ai reçu votre lettre du 3, par laquelle vous me remerciez du désir que j'ai exprimé à mon ami M. Foville de contribuer à la souscription de la statue de l'illustre Pinel.

» Ma modeste souscription ne demandait aucun remerciement; moins encore mérite-t-elle une appréciation trop flatteuse de mon intention; je suis heureux au contraire qu'il me soit permis d'être enrôlé sur la liste de ceux qui désirent voir représenter sous une forme visible à tous, aux générations futures, le grand réformateur que l'humanité et le courage ont poussé à briser les traditions du passé en délivrant de leurs liens les malheureux fous de la Sa'pêtrière et de Bicêtre dans l'âme desquels étaient entrés les fers de l'affliction qui n'étaient que trop visiblement représentés par leurs chaînes.

» M. Parchappe, dans une circonstance semblable à celle qui verra célébrer l'inauguration de la statue de Pinel, parle en termes bienveillants, marqués de cette amitié internationale qui devrait toujours exister entre la France et l'Angleterre, d'une réforme accomplie dans le même champ philanthropique, dans ce dernier pays à la *retreat* d'York. Aussi suis-je heureux d'être un descendant de l'initiateur de cette institution (1792), d'avoir cette occasion d'offrir mes cordiaux hommages à la mémoire de notre immortel confrère et concitoyen et de répondre de mon côté aux sentiments de Parchappe.

» Veuillez, monsieur le Président, offrir à votre Société de la part de celui qui remplit cette année les mêmes fonctions que vous à l'Association britannique médico-psychologique mes cordiaux remerciements pour les sentiments amicaux que vous m'avez exprimés, et mes souhaits pour l'entière réussite de l'entreprise dans laquelle vos collègues se sont attachés avec le désir de rendre hommage à celui à qui l'hommage est si hautement dû.

» Agrérez, cher collègue, ainsi que MM. Motet et Ritti qui ont signé avec vous la lettre que j'ai reçue, mes sentiments affectueux. »

Dr HACK TUKE.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte qu'elle a faite en la personne du Dr Lolliot, membre titulaire de la Société médico-psychologique, médecin de l'établissement d'aliénés de Suresnes, ancien interne des hôpitaux et membre du conseil municipal de Suresnes. La Société était représentée aux obsèques par MM. Dally, Bouchereau, Meuriot, Garnier.

M. BOUCHEREAU fait part des remerciements de la famille Lolliot à la Société.

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. le Dr Broc, directeur de l'asile de Quatremares, membre correspondant de la Société médico-psychologique, vient de succomber.

M. LEGRAND DU SAULLE dépose sur le bureau un travail de M. Lagardelle: *Note relative à la loi sur les aliénés*.

M. LEGRAND DU SAULLE dépose également le projet suivant de délibération écrit pour le prix Belhomme, projet présenté à la famille Belhomme qui l'accepte:

« La Société médico-psychologique, acceptant avec la plus vive reconnaissance le don manuel d'une somme de 8245 fr., qui lui a été fait par M. et Mme Jules Leroy-Belhomme, domiciliés rue d'Amsterdam, 72, à Paris;

» Après en avoir délibéré, déclare qu'elle fonde un prix triennal de la valeur de neuf cents francs, portant le nom de *prix Belhomme*. Ce prix, qui sera décerné pour la première fois, au mois d'avril 1885, est destiné à récompenser les meilleurs travaux sur l'aliénation mentale ou sur l'idiotie.

» La Société, à chaque période triennale, fera connaître ses conditions du concours.

« A Paris, le 27 février 1882. »

La famille Belhomme désire posséder dans ses archives cette délibération signée des membres du bureau.

La délibération est acceptée à l'unanimité.

M. LE PRÉSIDENT félicite et remercie M. Legrand du Saulle qui, pour la deuxième fois, par ses efforts, vient enrichir la Société en lui permettant ainsi de faire de nouveaux appels aux travaux qui lui seront présentés.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la nomination de M. le Dr Mesnet au titre de membre associé libre de l'Académie de médecine de Paris.

Rapport de candidature.

M. PAUL MOREAU (DE TOURS).—Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. le professeur Ball, Lunier et moi, de vous présenter un rapport sur la candidature de notre confrère le Dr Bécoulet, médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Dôle (Jura).

Ancien interne de l'asile de Bailleul, M. Bécoulet est, depuis 1870, à la tête d'un service public. Travailleur consciencieux, il a su allier les devoirs que lui imposaient ses occupations multiples de directeur-médecin avec ceux du clinicien.

De nombreux travaux qui vous sont presque tous connus, puisqu'ils ont paru dans les *Annales médico-psychologiques*, ont, à maintes reprises, témoigné l'ardeur infatigable de notre savant confrère.

Sans vouloir entrer dans un détail inutile, je vous demande la permission de citer parmi les principaux :

1^o Emploi de l'opium dans la manie (Thèse de Strasbourg, 1866.)

2^o Mémoire sur l'emploi du bromure de potassium dans l'épilepsie. (*Annales médico-psychologiques*, 1869).

3^o Mémoire sur le cysticerque du cerveau (*Annales médico-psychologiques*, 1873).

4^o Plusieurs articles dans la *Revue médicale de l'Est*, et notamment un travail sur la lypémanie et la stupidité.

5^o Enfin, messieurs, un mémoire que vous venez de lire dans le dernier numéro des *Annales* (janvier 1882), sur le *no-restraint*, mémoire dont je ne rappellerai que les conclusions :

« La séparation entre les restraints et les no-restraints me paraît, je ne dirai pas offensante, mais puérile, parce qu'au fond elle n'existe pas. De même que Pinel est notre maître, de même aussi tous les aliénistes seront conollistes avec Conolly, mais non avec Gardiner-Hill et M. Magnan, qui ont le tort de substituer l'absolu au relatif dans une cause où jamais le relatif n'a été plus nécessaire. »

Il est un dernier travail, manuscrit, intitulé : *Devoirs des surveillants*. M. Bécoulet nous dit qu'il eût désiré faire un manuel complet du surveillant, mais que le temps lui a manqué. Cet opuscule n'est en quelque sorte qu'un programme, qu'un plan d'un ouvrage plus complet. L'impression qu'on retire de la lecture de ces quelques pages

est des plus favorables, et on ne peut que souhaiter que notre confrère donne suite à cette idée générale, et réalise prochainement son programme dont l'utilité est incontestable.

Enfin, messieurs, pénétré de l'importance des obligations qui lui incombait, notre confrère a recherché l'amélioration du bien-être matériel des malheureux confiés à ses soins. Après plusieurs années de luites et de travaux, il a obtenu la reconstruction de l'asile de Dôle. Déjà le quartier des hommes est reconstruit : le plan adopté est celui de Bassens (près Chambéry).

Il me paraît superflu, messieurs, d'insister plus longuement sur les nombreux titres que notre confrère présente à l'appui de sa candidature, et c'est avec un véritable étonnement que nous avons appris qu'il ne faisait pas partie des nôtres. Votre commission, messieurs, est d'avis unanime de conférer au Dr Bécoulet, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Dôle, le titre de membre correspondant qu'il sollicite.

Les conclusions du rapport sont adoptées et M. Bécoulet est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

Note sur un cas d'hydrocéphale chronique.

M. CHRISTIAN communique à la Société l'histoire d'un cas d'hydrocéphale chronique et présente les pièces pathologiques résultant de l'autopsie de ce malade (Voir plus haut, p. 366).

M. LEGRAND DU SAULLE. — Quel était l'état mental du malade ? à quelle forme clinique se rapportait son état ?

M. CHRISTIAN. — C'était un mélancolique avec impulsion homicide. C'était un sujet très ordinaire avec quelques aptitudes brillantes, lesquelles ont baissé dans les dernières années.

M. FALRET a vu le malade un an avant M. Christian ; il présentait des raptus mélancoliques avec impulsions dangereuses sous forme homicide ou suicide par accès ; M. Falret a fait récemment l'autopsie d'un jeune hydrocéphale et a constaté une dilatation considérable des trous de Monro.

M. CHARPENTIER demande si les cavités ventriculaires la-

térales étaient complètement closes sous forme de poche au niveau de la grande fente cérébrale. Ce serait d'un certain intérêt, étant données les récentes recherches de M. Mathias Duval sur l'occlusion des ventricules cérébraux au niveau de la corne d'Ammon; d'ailleurs, les ventricules devaient être clos, car autrement la compression du cerveau eût pu avoir lieu de dehors en dedans aussi bien que de dedans en dehors.

M. CHRISTIAN n'a pu s'en assurer, mais le fait de la dilatation considérable des ventricules autorise à croire qu'il devait en être ainsi.

M. BOURDIN. — Il n'a été constaté aucune anomalie locale dans les circonvolutions cérébrales considérées soit dans un hémisphère, soit par comparaison dans les deux; cependant le sujet présentait des aptitudes particulières: musique et connaissance des langues; il y aurait donc discordance entre la fonction et l'état anatomique du cerveau à cet égard.

M. LUNIER fait remarquer qu'en résumé le sujet était un insuffisant avec aptitudes particulières, comme on en rencontre fréquemment.

M. FALRET. — C'était un génie partiel, suivant l'expression de Voisin.

M. DALLY fait remarquer que le poids du cerveau, 4,400 gram. est au-dessus de la moyenne, supériorité de poids que présentent, en général, les individus doués de facultés au-dessus de la normale.

Note sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne.

M. RÉGIS. — M. le professeur Ball a présenté à l'Académie de médecine, dans sa dernière séance, un intéressant malade du service de la clinique des maladies mentales à l'asile Sainte-Anne, que je vous demande, à mon tour, la permission de vous présenter.

Il s'agit d'un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne.

Le malade est un jeune homme de vingt-deux ans, qui n'offre pas d'antécédents héréditaires fâcheux, et dont l'existence a été normale jusqu'à l'âge de treize ans.

A cette époque, très probablement sous l'influence d'un soufflet qu'il reçut d'un de ses camarades, à l'école Turgot, son oreille gauche commença à couler, et M. le Dr Tilhaux, appelé peu après, constata chez lui l'existence d'une otite purulente avec perforation de la membrane du tympan.

Malgré le traitement prescrit qui, du reste, ne fut pas suivi d'une façon régulière, le mal empira peu à peu; l'écoulement devint chronique, et bientôt des sifflements et des bourdonnements se manifestèrent dans l'oreille lésée, dont l'acuité auditive diminua sensiblement.

À seize ans et demi, le malade fut atteint d'une fièvre typhoïde, et cette maladie, qui prit un caractère des plus graves, s'accompagna de délire et fut même suivie de rechute, vint modifier complètement l'état des choses.

Localement, elle détermina une aggravation des symptômes de l'otite, c'est-à-dire que l'écoulement devint plus abondant, les bourdonnements plus intenses et la surdité du côté gauche à peu près complète.

Mais son principal résultat fut d'arrêter brusquement le malade en pleine voie d'évolution physiologique. Ce jeune homme, encore incomplètement développé, n'a plus grandi depuis cette époque, en sorte qu'il ne porte pas, comme on dit, son âge. Au point de vue intellectuel, non seulement il n'a fait aucun progrès, mais encore il a perdu une partie des connaissances déjà acquises, et, ainsi qu'il arrive si fréquemment à la suite des fièvres typhoïdes graves, il a vu ses facultés, et en particulier sa mémoire, diminuer notablement.

Voilà donc le terrain changé. D'une part, l'irritation sensorielle périphérique s'accroît; de l'autre, le cerveau auquel elle se transmet cesse d'être un cerveau normal, capable de se soustraire complètement à cette influence pathologique.

Dès lors aussi la scène change, et les bruits morbides, jusqu'alors bornés à des bourdonnements et à des sifflements sans importance, s'organisent peu à peu, se perfectionnent pour ainsi dire, et par une série de modifications progressives, aboutissent finalement à la voix articulée, c'est-à-dire à l'hallucination à son degré le plus parfait.

Ce sont d'abord les bourdonnements et les sifflements qui deviennent plus continus et plus fatigants, au point de s'opposer à tout travail intellectuel, à toute contention

d'esprit; puis, et je me sers ici des propres expressions du malade, ce sont des bruits de rivières qui coulent, d'eau qui tombe sur des rochers, des détonations brusques d'armes à feu; un peu plus tard, ce sont des chants, des chœurs, d'abord étouffés et comme lointains, puis, plus distincts et plus rapprochés, et parmi lesquels dominent les voix de soprano; plus tard encore, il semble au malade qu'on l'appelle, qu'on lui crie son nom; enfin la voix entendue devient nettement articulée, on l'injurie, on l'insulte, on l'appelle : « voleur! » « souteneur! » On lui prodigue les épithètes les plus malveillantes et les plus grossières.

Telle a été la gamme ascendante des bruits morbides chez ce malade, et tous ces bruits, depuis le simple bourdonnement jusqu'à l'injure nettement formulée, il les a toujours uniquement perçus par l'oreille gauche, c'est-à-dire par une oreille malade, qui se trouve absolument incapable de percevoir le moindre son venant de l'extérieur.

Chose également remarquable, sur cette pente dangereuse où il glissait ainsi peu à peu, notre jeune homme n'est point allé jusqu'à la folie, et, quoique ayant nettement des hallucinations, il les apprécie avec justesse et les rapporte à leur véritable point de départ.

Ainsi, dans le principe, lorsqu'il s'entendait insulter dans la rue, il se retournait aussitôt vers le passant le plus proche en lui disant d'un air courroucé : « *Que me voulez-vous?* » — Et comme on lui répondait toujours : « *Je ne vous ai rien dit,* » il ne tarda pas à se convaincre qu'il s'agissait là d'un état pathologique, et que son mal d'oreille lui faisait entendre des mots, comme autrefois il lui provoquait des bourdonnements.

Aussi, lorsque depuis il s'entendait encore insulter, spontanément il se retournait, ne pouvant malgré tout se soustraire à l'influence de cette brusque appellation; mais presque aussitôt, il revenait à lui et se mettait à rire en se disant : « *C'est mon oreille qui me fait cela!* »

Sa conviction n'a plus varié à cet égard. Jamais il n'a présenté de délire à proprement parler; il a conscience de son état, et c'est spontanément qu'il est venu à la consultation de la clinique pour nous prier de le guérir et de son mal d'oreille et de ses hallucinations.

Telle est, esquissée à grands traits, l'histoire de cet intéressant malade. J'ajoute que M. le Dr Miot, qui l'a examiné, a reconnu chez lui l'existence d'une inflammation chronique de l'orille moyenne avec bourgeons charnus, othorrhée purulente et perforation de la membrane du tympan du côté gauche, et que le traitement local auquel nous l'avons soumis depuis quelques jours a déjà fait diminuer son écoulement d'oreille et aussi ses hallucinations, qui aujourd'hui ont cessé d'être articulées et ne sont plus représentées, comme autrefois, que par de simples bourdonnements.

Examinons en quelques mots, maintenant, les principales considérations que soulève le fait dont je viens de vous retracer l'histoire.

Je ferai remarquer tout d'abord, sans vouloir en quoi que ce soit provoquer une nouvelle discussion sur la *compatibilité possible de l'hallucination avec la raison*, que le malade, bien qu'halluciné, n'est pas un véritable aliéné, j'entends un aliéné délirant. Sans doute son intelligence, enrayée en pleine voie d'évolution par une fièvre typhoïde grave, est restée définitivement amoindrie; sans doute son mal actuel, et cela se comprend sans peine, n'est pas sans l'affecter beaucoup; sans doute enfin il présente quelques particularités dans le caractère, et surtout une grande tendance à l'irascibilité; mais tout cela, en somme, ne constitue pas réellement de la folie. Il reste encore au malade un dernier pas à franchir.

Et c'est, en y réfléchissant bien, un état assez curieux que celui qu'il présente à ce point de vue.

Voilà un individu qui non seulement est halluciné, mais encore chez lequel l'hallucination revêt un caractère manifestement injurieux, et qui s'entend dire, de tous côtés, les choses les plus désagréables. Assurément, il lui reste bien peu de chose à faire pour devenir fou. Et que faut-il pour cela? Tout simplement que son intelligence, à laquelle sont constamment apportés, par le fait d'une irritation sensorielle périphérique, des bruits insultants, c'est-à-dire les matériaux d'un véritable délire déjà tout près d'éclorre, s'empare de ces prémisses et en tire cette conséquence erronée, mais cependant si naturelle : *On m'insulte, donc on m'en veut*. La déduction est vraiment logique, et la pente pour ainsi dire fatale. De l'hallucination injurieuse à l'idée

de persécution, qui en est presque la résultante obligée, il n'y a qu'un pas ; mais ce pas, notre malade s'est constamment refusé à le franchir, et cette déduction qui suffisait à faire de lui un aliéné, son esprit l'a toujours rejetée bien loin comme absurde ; jamais il n'a vu dans les voix qu'il entendait que ce qu'il y avait réellement, c'est-à-dire des bruits morbides ayant leur point de départ dans le mal d'oreille dont il souffrait.

Et qu'on ne dise pas que, s'il n'a pas subi l'ascendant de ses hallucinations au point de verser dans le délire, c'est uniquement par ce motif que ses hallucinations avaient quelque chose d'imparfait et ne produisaient pas en lui ce sentiment de réalité si absolue qui fait qu'elles s'imposent et forcent pour ainsi dire la conviction. Tout au contraire, le phénomène hallucinatoire était chez lui si précis, et les insultes qui le composaient si nettement formulées, que tout en sachant de quoi il s'agissait, le malade, vous l'avez vu, ne pouvait s'empêcher de s'y laisser prendre et se retournait malgré lui brusquement, prêt à demander compte à ses voisins de l'injure qu'il venait d'entendre. Ce n'est que le premier moment passé qu'il revenait à lui et se rendait compte de son erreur.

Ainsi donc, premier point intéressant à signaler : *le malade est un halluciné sans être un fou véritable, un fou délirant.*

Une autre déduction importante que je tiens à tirer de cette observation, c'est qu'elle vient directement à l'appui des explications que j'ai formulées dans un mémoire précédant sur la genèse de l'hallucination unilatérale.

Vous savez, messieurs, que l'hallucination unilatérale est un phénomène très peu connu, dont il est à peine fait mention dans les travaux des divers auteurs, et qui n'avait jamais été, jusqu'à ces derniers temps, l'objet d'une étude spéciale. Aussi, les théories les plus variées et les plus nombreuses se sont-elles fait jour relativement à son mode de production.

Michéa, le premier qui ait signalé ce phénomène d'une façon précise, se demande « si une certaine modification des fibres nerveuses sensorielles, produite par une quantité de sang moindre dans leurs vaisseaux capillaires ou par un raptus trop violent de ce liquide, ne remplacerait

pas, dans le mécanisme de sa production, l'influence de la sensation extérieure, du moteur externe. »

M. Luys et M. Ritti, qui ont brillamment défendu, dans leurs travaux, cette ingénieuse théorie anatomo-physiologique, qui fait de la couche optique une réunion de centres sensoriels destinés à recueillir et à irradier vers l'écorce cérébrale, les sensations venues du dehors, ont expliqué la production de l'hallucination en général par une lésion d'un des centres de la couche optique; d'où ils ont été amenés à conclure que l'hallucination unilatérale devait avoir pour cause la perturbation fonctionnelle de la moitié d'un de ces centres.

Robertson, lui, attribue la production de l'hallucination unilatérale à l'autonomie et à l'indépendance d'action des deux hémisphères et en fait, dans l'ordre sensoriel, un phénomène analogue aux convulsions unilatérales dans l'ordre moteur.

Enfin, et cela ne pouvait manquer de se produire avec la tendance aux localisations cérébrales, un peu exagérée peut-être, qui règne à l'heure actuelle, une autre théorie, qui semble gagner du terrain, reconnaît, comme point de départ de l'hallucination, l'irritation de centres sensoriaux situés dans l'écorce cérébrale; en sorte que, pour les partisans de cette théorie, — et M. le professeur Tamburini, de Modène, s'est fait, tout récemment encore, au congrès international de Londres, l'interprète de cette manière de voir, — l'hallucination unilatérale résulterait de la lésion unilatérale d'un de ces centres corticaux.

En somme, il n'y a là que de pures hypothèses, et il manque à toutes ces théories la sanction clinique, qui seule peut leur donner le caractère d'irrécusable vérité qui leur fait défaut.

J'ai publié, l'année dernière (4), le premier cas d'hallucination unilatérale de l'ouïe qui eût manifestement son point de départ dans une lésion matérielle unilatérale du sens affecté.

Dans ce cas, comme dans celui-ci, car les deux faits sont absolument analogues, à cette différence près que le phénomène siégeait à droite tandis qu'ici il siège à gauche, il

(4) Des hallucinations unilatérales (Journal *l'Encéphale* 23 mars 1884).

s'agissait d'une otite moyenne avec écoulement purulent et perforation de la membrane du tympan, déterminée par un traumatisme et sur laquelle étaient venues s'enter des hallucinations qui disparurent avec l'otorrhée, sous l'influence d'un traitement purement local.

Je me crois donc en droit de répéter, et cette fois avec d'autant plus de raison que voici un nouveau cas des plus probants, que *l'hallucination unilatérale reconnaît pour cause une lésion unilatérale de l'organe du sens dans lequel elle se localise.*

Et cette lésion peut être non seulement une irritation matérielle, ou exclusivement périphérique, mais aussi une lésion purement fonctionnelle, un trouble physique pouvant siéger jusqu'aux parties les plus profondes et les plus centrales de l'organe intéressé.

S'agit-il bien réellement dans ces faits d'hallucinations, ou ne sont-ce pas plutôt des illusions sensorielles, ce qu'on est convenu d'appeler des illusions internes ?

Je suis loin de nier le fait, mais alors, s'il faut faire rentrer dans le cadre des illusions internes toutes les perceptions pathologiques qui ont leur point de départ dans une lésion des organes des sens, la plupart, sinon toutes les hallucinations ne vont plus être que des illusions internes puisque — partisans de la théorie des centres de la couche optique ou de celle des centres corticaux — tous les auteurs tendent aujourd'hui à localiser la cause première des hallucinations dans une perturbation matérielle de l'organe du sens, à un point quelconque de son étendue.

Il ne s'agit plus ici, comme on le voit, que d'une simple question de mots, et hallucination ou illusion, il n'en est pas moins vrai que le phénomène reconnaît pour cause une lésion unilatérale de l'organe sensoriel.

Messieurs, prouver par des faits tangibles que l'hallucination unilatérale a pour principe une lésion matérielle, un trouble physique, c'est, si je ne me trompe, apporter un nouvel argument, et un argument bien puissant, on en conviendra, en faveur de l'intervention des organes des sens dans la production des hallucinations, c'est-à-dire en faveur de cette théorie psycho-sensorielle des hallucinations qui, déjà formulée au commencement du siècle par quelques auteurs, et notamment par Foville père, a été surtout déve-

loppée par M. Baillarger qui lui a pour ainsi dire attaché son nom :

Cette théorie, adoptée par la grande majorité des aliénistes, admet, comme vous le savez, dans la production de l'hallucination, l'intervention de deux éléments différents : un élément sensoriel, point de départ du phénomène, et un élément psychique qui lui donne sa forme définitive.

Le seul point sur lequel l'accord ne soit point encore établi, c'est le siège qu'il convient d'attribuer au trouble matériel, point de départ de l'hallucination, les uns le plaçant, comme MM. Luys et Ritti, dans les centres de la couche optique, les autres, avec M. Tamburini, dans les centres sensoriaux de l'écorce, les derniers enfin, comme Foville père, « dans les parties nerveuses intermédiaires aux organes des sens et au centre de perception, ou dans les parties cérébrales auxquelles aboutissent les nerfs des sensations. »

Pour ma part, je me range modestement à l'opinion si large que M. le professeur Ball a déjà défendue dans ses cours et qu'il a tout récemment encore exposée devant l'Académie, et je crois avec mon savant maître qu'il n'est pas un seul point de l'organe du sens, depuis sa partie la plus extérieure jusqu'à sa partie la plus profonde et la plus reculée dans le territoire cérébral, qui, sous l'influence d'une altération quelconque, ne puisse devenir, chez un sujet prédisposé, la source d'hallucinations.

En résumé, messieurs, le cas sur lequel je viens d'appeler votre attention me semble présenter ce triple intérêt : 1° qu'il offre un exemple d'hallucinations compatibles avec la raison proprement dite; 2° qu'il établit manifestement l'origine matérielle de l'hallucination unilatérale; 3° enfin, qu'il apporte une preuve de plus en faveur de l'intervention des organes des sens dans la production des hallucinations.

M. BLANCHE. — D'après le récit de l'observation, il n'est pas clairement démontré qu'on n'ait pas eu affaire à un aliéné avec hallucinations. Ce malade a eu des accès de violence, des impulsions au suicide et même un peu d'excitation maniaque; ces considérations viendraient restreindre la part des lésions de l'oreille dans la production du phénomène de l'hallucination.

M. BALL. — C'est un impulsif, mais non un aliéné à conception délirante; c'est un amoindri par suite d'une fièvre

typhoïde; à la suite de cette maladie, il n'a pu rester dans les places qu'il occupait; il a donc mené une existence désœuvrée dont il avait conscience et c'est sous son influence qu'il fut pris d'idées tristes; la tristesse fit place à de la lypémanie d'où surgirent des tendances au suicide, une certaine instabilité de caractère et des actes de violence, il est vrai, mais modérés. Mais il n'y a jamais eu d'agitation maniaque; c'est d'ailleurs un malade que l'on a fait enfermer avec son plein consentement, sans opposition de sa part. Ce n'est pas un aliéné quant aux idées, si on peut ainsi parler.

M. BLANCHE. — Le sujet n'aurait-t-il pas eu certaine foi, certaine croyance aux résultats de ses hallucinations, ce qui expliquerait les actes impulsifs consécutifs à ses hallucinations ?

M. BALL. — Mon malade a toujours présenté un jugement correct, ferme à propos de ses hallucinations; il a parfaitement saisi l'analogie de rapport que présentaient ses bourdonnements d'oreille et ses hallucinations avec la lésion de l'oreille; il s'est parfaitement rendu compte de la gamme ascendante qu'ont présentée les différents phénomènes de l'oreille.

M. BOURDIN. — Le fait de M. Régis paraît être bien plus une illusion qu'une hallucination; pour qu'il y ait illusion, il faut un objet extérieur qui soit perçu; mais il n'est pas nécessaire que cet objet perçu soit extérieur à l'individu pour qu'il y ait illusion; l'objet perçu peut faire partie de l'individu et n'être extérieur que par rapport au cerveau; et là encore, il y a illusion et non hallucination, laquelle implique un travail cérébral en dehors de tout objet perçu. Ce travail cérébral différera suivant qu'il sera exécuté par un cerveau sain ou malade, alors que l'objet sera le même, alors que l'impression par les organes des sens n'aura pas varié; ou alors il faudrait admettre que les organes des sens remplacent le cerveau en donnant des idées, ce qui n'est pas.

M. LUNIER. — Il n'est pas démontré que le sujet de la note de M. Régis ne soit pas un aliéné; il y a des aliénés qui n'ont pas de conceptions délirantes; le malade avait des colères, des impulsions instinctives. Les hallucinations par suite de lésion des organes des sens comportent mieux que les hallucinations d'origine cérébrale l'intégrité de l'in-

telligence. Les symptômes présentés par le malade de M. Ball peuvent être comparés aux vertiges par suite de maladies de l'oreille, pour l'explication desquels on a récemment fait intervenir les canaux demi-circulaires. L'hallucination vraie est toujours de nature cérébrale.

M. BALL. — Certes, pour répondre, je ne veux pas innocenter mon malade; c'est un incorrect mental, c'est une intelligence médiocre, boiteuse, et qui ne se conduit pas toujours d'une manière rectiligne; mais elle existe chez un sujet qui pense bien.

L'intérêt de l'observation porte sur la distinction entre l'hallucination et l'illusion qui, acceptable en clinique, ne l'est pas du tout au point de vue philosophique; il n'y a pas à prétendre que l'oreille fabrique les paroles, mais il faut admettre que l'impression d'un sens agit sur le cerveau et y réveille des phénomènes spéciaux, l'ouïe malade produira sur le cerveau des phénomènes spéciaux comme l'œil malade dont les images produites ne sont plus les mêmes. Il n'y a plus à parler de l'hallucination purement psychologique qui est tout à fait abandonnée, et, en somme, les hallucinations rentrent dans les illusions. La sensation des amputés est une hallucination élémentaire, ainsi que l'ont soutenu MM. Baillarger et Falret; il en est de même, mais déjà à un degré plus compliqué, pour les fausses sensations consécutives aux lésions de la moelle. Celles-ci nous conduisent aux lésions des corps opto-striés, d'où des sensations, des perceptions sans objet; ce sont les hallucinations de MM. Luys, Ritti, Burdach; de là aux lésions aussi plus prononcées de circulation, de nutrition, qui intéressent les circonvolutions avec leurs hallucinations propres. En résumé, toujours il s'agit d'une lésion qui donne naissance à une sensation. Notre sujet serait considéré comme aliéné, s'il n'avait pas de lésion de l'oreille; mais les caractères de sa lésion expliquent bien la marche caractéristique de ses sensations d'abord limitées, puis plus étendues. Le fait de ce malade est très important en ce que le sens lésé, c'est l'ouïe, c'est-à-dire le sens supérieur, le sens spécialement affecté dans les vésanies proprement dites; autant les sensations dues à la vue sont troublées dans les délires toxiques, autant les véritables vésanies se caractérisent par les hallucinations de l'ouïe.

M. FALRET. — Il y a dans la discussion un point qui a été

oublié, c'est la perception subjective, phénomène intermédiaire à l'hallucination et à l'illusion. Qu'un sujet avoue des sensations vagues, indéterminées, de clarté, de lumière ou de bruit, ce ne sont pas là des hallucinations ; mais que ce bruit fasse place à des voix, à des voix injurieuses pour l'oreille, ou que la sensation vague de lumière soit remplacée par une image de plus en plus nette pour l'œil, là est le fait cérébral, l'hallucination ! Les injures du malade de M. Régis indiquent bien qu'il s'agit là d'un fait cérébral et non d'un état élémentaire ; l'hallucination est donc un fait cérébral, tandis que la perception subjective peut siéger souvent dans les appareils des sens.

M. BOURDIN. — Dans le cas de M. Régis, je vois deux faits simultanés ou consécutifs. Il s'agit de l'organe de l'ouïe qui présente d'abord ses phénomènes propres locaux : bourdonnements, etc. ; puis le deuxième fait se présente, apparition des voix ; ces deux faits sont peut-être liés ensemble, qui peut affirmer leur liaison ?

M. RÉGIS. — Il y a deux preuves de cette liaison : 1^o la localisation des voix perçues uniquement par l'oreille malade ; 2^o le traitement qui fait disparaître la lésion de l'oreille et par suite les voix.

M. LUNIER. — Il importe de faire remarquer que l'observation de M. Régis présente un caractère tout particulier ; en effet, jamais dans les hallucinations cérébrales, on ne reproduit, comme chez son malade, ni on ne fait disparaître en quelque sorte à volonté les phénomènes d'hallucination.

La séance est levée à six heures.

D^r CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS.

ANNÉE 1884

Progrès Médical (suite).

- 41° *Sur les accidents bulbaires aigus observés dans la première période de l'ataxie locomotrice*; par MM. Joffroy et Hanot (n° 3).

Les auteurs ont eu occasion d'observer deux fois sinon au début, du moins dans la première période de l'ataxie locomotrice, des accidents bulbaires subits, très accusés et frappant un certain nombre des nerfs bulbaires.

On aurait pu attribuer *a priori* une gravité redoutable à de tels symptômes. Or, dans les deux cas, on a vu en quelques semaines se produire une amélioration considérable, particularité intéressante à signaler. Par cela même qu'ils ne sont pas durables, on ne peut guère rattacher ces symptômes qu'à des modifications circulatoires, probablement hyperémiques, du bulbe.

- 42° *Contribution à l'étude des réflexes tendineux. Note sur l'état de la réfectivité spinale dans la fièvre typhoïde*; par G. Ballet (nos 41, 42).

Sur les dix-sept cas de fièvre typhoïde qu'il rapporte et commente, l'auteur a trouvé sept fois une exagération prononcée de tous les réflexes et sept autres fois une exagération un peu moindre : d'où il est disposé à conclure que, le plus souvent, la dothiéntérie détermine une exagération de la réfectivité de la moelle.

- 43° *Contribution à l'étude des atrophies musculaires d'origine spinale produites par des lésions périphériques*; par H. Leloir (nos 42, 43).

- 44° *De la responsabilité des aliénés*; par le Dr Delasiauve (no 43).

A propos d'une affaire criminelle, dans laquelle, sur le

rapport des experts, la responsabilité limitée a été admise et l'assassin condamné seulement à quinze ans de travaux forcés, l'auteur fait quelques réflexions au sujet de la question de la responsabilité partielle. Pour lui, de ce qu'un individu est atteint d'un délire plus ou moins circonscrit, il ne s'ensuit pas qu'il doive être considéré comme irresponsable dans tous ses actes. Certains restent absolument indépendants du trouble psychique; de ceux-là, l'individu a la pleine responsabilité.

Théoriquement, cette manière de voir semble parfaitement exacte, et il est difficile de la contester; mais, dans la pratique, à combien d'obstacles ne se heurte-t-on pas, et sur quels éléments de distinction peut-on se baser pour déterminer que tel ou tel acte d'un délirant partiel a été accompli *complètement* en dehors de l'intervention de son délire? Où est le criterium? et ne vaut-il pas mieux, au lieu de se perdre dans des considérations psychologiques subtiles et aboutir finalement à une conclusion hésitante, à un doute, interpréter ce doute en faveur de l'accusé, et le faire bénéficier des circonstances atténuantes que lui confère son trouble mental?

Au reste, M. Delasiauve lui-même n'a pu s'empêcher de reconnaître implicitement l'excellence pratique de la responsabilité partielle dans les cas de ce genre, car il termine son article par les quelques réflexions suivantes :

« Cette manière de voir ne nous empêche certes pas de reconnaître ce qu'il y a de sérieux dans la coexistence du délire partiel. Une relation mystérieuse, certain échec au pouvoir de la résistance volontaire semblent éventuellement de nature à diminuer, sinon à écarter la responsabilité. Aussi, les signalant, en avons-nous référé à la prudence des experts et des juges. Nous ne saurions, maintenant comme alors, qu'approuver ces sages réserves. La limitation de la peine, son omission même, ne sont point, en effet, une négation du droit, mais, un tel cas donne la satisfaction d'une convenance, d'un légitime scrupule.

45° *Notes sur des vergetures de la peau rencontrées chez des névropathes*; par Ch. Féré et L. Quermone (n° 44).

46° *De la commotion de l'encéphale*; leçon de M. Duplay, recueillie par P. Poirier (n° 44).

Après avoir décrit en détail tous les phénomènes symptomatiques qui peuvent succéder à la commotion cérébrale, M. le professeur Duplay conclut en disant que les troubles si divers

observés en pareil cas trouvent leur explication dans les lésions que déterminent les changements de pression et les déplacements brusques du liquide céphalo-rachidien; ces lésions sont, ou une simple augmentation de tension du liquide céphalo-rachidien qui amène une anémie cérébrale momentanée, ou des ruptures des capillaires de l'encéphale et de la pie-mère (sablé sanguin, piqué hémorragique), ou enfin des ruptures de la substance cérébrale. Tout traumatisme portant sur le crâne retentit plus ou moins gravement sur le bulbe, par l'intermédiaire du liquide céphalo-rachidien.

La commotion de l'encéphale pourrait donc être définie en disant qu'elle consiste dans un ensemble de troubles nerveux d'intensité et de durée très variables, explicables par un retentissement sur la circulation et la substance encéphaliques, des modifications de tension et des déplacements du liquide céphalo-rachidien.

47° *Du vertige oculaire*; par Ch. Abadie (n° 53).

En dehors de la sensation de vertige qu'on éprouve lorsqu'on dirige le regard fortement en haut, en le maintenant dans cette direction, et des sensations vertigineuses dont se plaignent également les malades atteints de parésie ou de paralysie des muscles de l'œil; faits bien connus et qui ne constituent que des épiphénomènes passagers dans presque toutes les paralysies des muscles de l'œil, il existe un état morbide véritable, non encore signalé, dans lequel le vertige constitue le symptôme capital. Ici le vertige se trouve parfois porté au plus haut degré et paraît avoir l'œil pour point de départ, d'où le nom de *vertige oculaire* que lui a donné l'auteur. — L'intéressant travail de M. Abadie n'a paru qu'en partie dans le dernier numéro du *Progrès Médical* de 1884.

48° *Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques*; par Ch. Féré (n° 53).

M. Ch. Féré, qui avait déjà étudié les modifications pupillaires aux différentes phases de l'attaque d'hystéro-épilepsie, et qui avait remarqué, notamment, que, pendant la période des attitudes passionnelles, on observait dans la pupille des alternances de dilatation et de rétrécissement, paraissant en rapport avec la distance à laquelle est censé se trouver l'objet qui figure dans l'hallucination, est parti de ce fait, aujourd'hui connu,

pour rechercher si, dans les hallucinations provoquées, on peut amener dans la pupille des modifications qui obéissent à une loi physiologique.

Voici quels ont été les résultats de ses expériences chez deux hystériques avec lesquelles il est possible d'entrer en communication par la parole pendant la catalepsie. — Lorsqu'on leur ordonne de regarder un oiseau au sommet d'un clocher ou s'élevant tout en haut dans les airs, la pupille se dilate progressivement jusqu'à doubler, ou peu s'en faut, son diamètre primitif; si on fait redescendre l'oiseau, la pupille se rétrécit graduellement. On peut reproduire le même phénomène autant de fois que l'on évoque l'idée d'un objet quelconque qui se meut.

Ces modifications de la pupille qu'on provoque ainsi chez une cataleptique, qui ne cesse pas d'ailleurs d'offrir toutes les particularités propres à la catalepsie, montrent que dans cette hallucination l'objet fictif est exactement vu comme s'il existait, et provoque par ses mouvements des efforts d'accommodation suivant les mêmes lois que s'il s'agissait d'un objet réel. Bien que certains individus, ainsi que le démontrent des faits observés surtout en Allemagne, puissent contracter leur pupille à volonté, il est clair que chez ces hystériques il s'agit d'une hallucination véritable qui n'a rien à voir avec la supercherie.

Une autre expérience, d'ailleurs, sert à prouver encore que, dans ces hallucinations provoquées, l'objet est bien vu comme un objet réel et qu'il est vu des deux yeux suivant les lois physiologiques ordinaires.

Une hystérique étant plongée dans le sommeil hypnotique ou la catalepsie, on lui inculque l'idée qu'il existe sur une table de couleur sombre un portrait de profil; à son réveil, elle voit distinctement le portrait. Si alors, sans prévenir, on place un prisme devant un des yeux, immédiatement le sujet s'étonne de voir deux profils, et toujours l'image fausse est placée conformément aux lois de la physique. De même, si au lieu d'interposer un prisme entre l'œil et l'objet fictif, on presse latéralement sur un globe oculaire de façon à déranger l'axe optique, on provoque la même diplopie, et une double image visuelle se produit, comme dans les cas cités par MM. P. Despine et B. Ball, où il s'agissait d'hallucinations spontanées.

Un fait intéressant à remarquer, dans l'expérience du prisme,

c'est que, pour une distance donnée, le prisme provoque ou ne provoque pas un dédoublement de l'image, suivant qu'on le place devant l'œil le plus normal ou, au contraire, devant l'œil le plus amblyopé. La même particularité s'observe, du reste, à l'état de veille, dans la vision des objets réels. Une malade, complètement achromatopsique d'un œil, ne peut avoir d'hallucinations colorées de cet œil; et si on lui suggère l'idée d'une figure géométrique colorée en rouge, par exemple, cette image ne peut pas être dédoublée par le prisme. Il n'y a aucune contradiction entre tous ces faits.

Ainsi que le fait judicieusement observer M. Féré, les hallucinations provoquées des hystériques peuvent servir à l'étude des hallucinations spontanées, et les résultats obtenus dans les expériences citées plus haut, mouvements de la pupille et dédoublement de l'image par le prisme, peuvent être cités à l'appui de la théorie sensorielle *psycho-sensorielle* des hallucinations.

49° *De l'hémiplégie des ataxiques*, par M. Debove (n°s 52, 53).

E. Régis.

JOURNAUX ANGLAIS

Le mental science

(3^e trimestre 1879.)

Analyse par MM. les D^{rs} DUMESNIL et PONS.

Samuel Wilks. — *Notes sur l'histoire de mon perroquet dans ses rapports avec la nature du langage.*

Herbert C. Major. — *Cas d'idiotie paralytique avec hémiplégie droite, épilepsie, atrophie avec sclérose de l'hémisphère cérébral gauche et du lobe droit du cervelet.*

Frédéric Norton Manning. — *Statistique de l'aliénation mentale en Australie.*

George Savage. — *L'hyosciamine et son emploi.*

William Ireland. — *L'histoire de la névrose héréditaire dans la famille royale d'Espagne.*

William Macleod. — *Deux cas de paralysie générale (1).*

Notes et cas cliniques; notes du trimestre; revue; notes, et nouvelles.

(1) Ce numéro contient encore un travail de M^r le D^r Hack Tucke sur les aliénés criminels en France, avec d'intéressants détails sur la colonie de Gaillon.

« On a comparé l'éducation du perroquet à celle de l'enfant ; » il y aurait souvent plus de raison de comparer l'éducation de l'enfant à celle du perroquet. » Buffon a, sans doute, voulu marquer, en écrivant cette phrase, la distance qui sépare l'homme des animaux. M. Samuel Wilks, qui n'a pas les mêmes vues en philosophie que le célèbre naturaliste, soutient la première opinion, et il a pu se convaincre, en effet, en étudiant de près un perroquet, qu'il s'instruisait comme un enfant. Le mémoire que nous avons sous les yeux a pour objet de soutenir le parallèle. A l'exemple du regretté *Lauder Lindsay*, notre confrère s'efforce de relever l'animal et de le rapprocher de l'homme. S'occupant plus spécialement du langage, il soutient que cette faculté n'est pas l'apanage exclusif de notre espèce.

Que faut-il entendre par langage ? Personne ne songe à restreindre le sens de ce mot à la simple émission de sons articulés, mais son acception embrasse tous les moyens par lesquels les animaux communiquent entre eux. Parmi ces moyens, la parole, même chez l'homme, est loin d'occuper la première place. Sans s'arrêter aux sourds-muets qui n'ont pas besoin d'elle pour se transmettre leurs idées, les hommes qui s'expriment intelligemment comptent sur leurs gestes pour appuyer leurs discours, et l'on peut dire que la mimique fait partie intégrante de leur langage. Dans l'Amérique du Nord, il existe une tribu sauvage dont le vocabulaire est si pauvre que les naturels ne peuvent converser dans l'obscurité (cap. Burton).

Il faut convenir que le regard, l'attitude, les gestes, forment un ensemble de moyens d'expression d'une extrême importance. La parole est pauvre sans le geste, et celui-ci, tout seul, suffit à rendre une multitude de sentiments. Voyez plutôt la variété infinie de nuances que la disposition des mains peut exprimer. Intermédiaire entre le geste et la parole, le son inarticulé (que possèdent les animaux) a son importance quand il s'agit de traduire des sentiments intimes. Le rire, le cri, le gémissement, sont des accessoires dont il faut tenir grand compte dans l'étude du langage complet. Notre confrère affirme que les langues des pays civilisés sont le résultat du progrès ; il suffit, pour s'en convaincre, de comparer le vocabulaire abondant des peuples avancés à la langue si pauvre des sauvages. Toutes les langues tirent leur origine de l'imitation des sons naturels. Revenant aux animaux, il a constaté ensuite l'identité d'organisation des appareils vocaux chez ces derniers

et chez l'homme. Ici et là nous trouvons les deux sortes de nerfs vocaux et respiratoires. Si l'homme affecté de paralysie bulbaire conserve le mouvement respiratoire en perdant la voix, l'animal auquel on a sectionné le récurrent présente le même désordre fonctionnel. L'animal a donc, comme l'homme, une innervation volontaire du larynx. A peine est-il besoin de discuter ce point, si l'on pense aux manifestations volontaires évidentes qui accompagnent chez les oiseaux le jeu de l'organe vocal. L'identité d'organisation est prouvée encore par cette remarque que le cri destiné à exprimer un sentiment est de même nature, musicalement parlant, chez tous les êtres animés pourvus d'un larynx. Le cri d'un oiseau en détresse et celui d'un chien attaqué, provoquent en nous une impression semblable.

Chez tous les animaux, le jeu des muscles et des nerfs qui servent à la production de la voix présentent un caractère commun : le rythme (aboiement, braiement) qui correspond aux syllabes coupées du langage humain. Le rythme est inséparable du cri de l'animal et tous les muscles du corps contribuent à le produire. On a prétendu que chez l'homme le larynx, la langue et les muscles qui tapissent la cavité buccale concourent à la formation de la voix, tandis que l'animal ne la demandait qu'au larynx. Cette assertion est erronée et la distinction qu'on a voulu baser sur elle est inexacte.

D'autre part, on ne saurait refuser à l'animal la faculté de se mettre en rapport avec l'extérieur par des sons et des gestes. Les animaux savent évidemment se comprendre. Tous les propriétaires de chiens savent combien habiles sont ces animaux à saisir par les regards et les gestes l'humeur de leur maître, dont ils arrivent à interpréter mêmes les paroles. Considéré dans son acception la plus large, telle que l'indique l'auteur de ce travail, le langage appartient donc aux animaux. Comme dernier argument, il fait remarquer que si le langage était un don naturel à l'homme, il devrait parler spontanément, sans avoir besoin d'une éducation préalable, par le moyen des sens.

(4) Ceci a cessé d'être vrai. Aujourd'hui les sourds-muets parlent. On a découvert que leur éducation par les yeux était possible. Ils voient les mots au lieu de les entendre et parviennent à les prononcer, mais ce progrès tout récent n'ôte rien à la justesse des réflexions contenues dans cet intéressant chapitre.

Or, les sourds de naissance sont muets (4). Le langage humain est le résultat de l'étude. Il s'acquiert par la répétition fréquente de certains sons auxquels on est convenu de donner la valeur d'un signe...

Ce préambule un peu long était nécessaire pour montrer dans quel esprit M. Samuel Wilks a étudié son perroquet. Il nous reste à dire quelques mots de cette intelligente petite bête.

Complètement ignorante au début, elle a donné à son maître le spectacle d'une éducation complète. Elle apprenait les mots et les phrases par le même procédé que les enfants. Dans les leçons qu'il lui donnait, son maître fixait préalablement son attention et lui répétait à plusieurs reprises le même mot ou la même phrase, et ce n'est qu'au prix de longs efforts que l'oiseau pouvait arriver à une bonne prononciation. De même pour un air de musique. Dans tous ses exercices se voyaient les défaillances que nous observons chez nos écoliers. Les dernières notes et les derniers mots étaient les premiers oubliés et demandaient toujours un nouveau travail pour se graver enfin dans la mémoire. On remarquait aussi que les causes qui le faisaient parler étaient les impressions causées par la vue des objets et des personnes (et l'on ne contestera point que la suggestion ne soit le véritable motif du langage humain). Doué d'un pouvoir d'imitation des plus remarquables, il avait acquis un fort joli répertoire de mots et de phrases, mais sa mémoire ne le conservait intact que si les circonstances continuaient à les lui rappeler. S'il arrivait à les oublier, il suffisait de les prononcer près de lui pour les lui rendre, et il rentrait alors en possession de ces mots et de ces phrases bien plus facilement que s'il se fût agi d'une étude nouvelle. N'est-ce point là le tableau fidèle de l'éducation d'un enfant? C'est en effet sous une influence semblable que naît le langage chez l'homme et chez le perroquet: la présence d'une personne ou d'un objet évoque le mot qui s'y adapte. Le perroquet en question connaissait le pas de son maître et répétait, chaque fois qu'il l'entendait entrer, une phrase familière à celui-ci. D'autres fois, c'était la vue d'un objet qui le rendait loquace à propos. C'est ainsi que, voyant dresser la table à l'heure du dîner, il savait fort bien demander sa part et désigner certains mets par leur nom, se rappelant sans doute les avoir entendu nommer au même moment. Les erreurs qu'il commettait parfois le rapprochent encore de l'enfant qui n'en est pas exempt lui-

même. Désignant les objets par un nom dont il ignorait le sens exact et par la simple adaptation du mot à la chose, il lui arrivait de prendre un mot pour l'autre quand il nommait des objets fréquemment associés. Une dernière remarque bien curieuse. Ce perroquet excellait à imiter, lorsqu'ils se faisaient entendre, certains bruits, tels que le grincement d'un tire-bouchon, le glou-glou du liquide sortant d'une bouteille; et la vue de la bouteille suffisait souvent pour le pousser à les produire. M. Samuel Wilks ne craint pas d'avancer qu'il eût nommé l'objet dont la vue avait agi sur sa mémoire si son instruction eût été plus avancée. L'enfant qui commence à parler et se trouve à court de mots ne fait pas autre chose lorsqu'il appelle un chat « miaou » et la locomotive « pouff pouff. » *L'onomatopée est le premier langage humain.*

En résumé, conclut notre confrère, le perroquet possède un appareil vocal d'une grande perfection; il est capable de s'assimiler les plus délicates intonations de la voix de l'homme; il arrive, par un travail continu, à les garder dans sa mémoire et à en rapporter le souvenir aux personnes qui les ont produites. Il est susceptible enfin d'associer des sons particuliers à certains objets. Il est donc doué d'une véritable faculté du langage.

Un cas intéressant de malformation de l'encéphale chez une idiote épileptique est rapporté par M. Herbert Major. La malade est entrée à 23 ans à l'asile de West-Riding, après un long séjour dans un workhouse. Ses antécédents sont inconnus. Elle a le masque de l'idiotie. Le front est petit, la face large inférieurement, l'expression stupide. Les membres droits sont paralysés avec atrophie et flexion forcée de la main et des doigts. La paralysie est moins marquée aux membres inférieurs, mais la marche est embarrassée. L'intelligence est à peine développée. Le vocabulaire de cette idiote est très limité et elle ne peut articuler les mots. Bien que malpropre dans ses habitudes, elle rend quelques services et tricote un peu. Elle est sujette à de grandes attaques d'épilepsie compliquées d'agitation dangereuse, et à des accès de petit mal. Le 29 novembre 1878, se manifeste un état de mal épileptique grave, marqué par la fréquence du pouls, l'élévation de la température, et l'état comateux, et par de fortes convulsions à gauche. Sous l'action du chloral et des bains froids, ces accidents disparaissent au bout de six jours, mais la malade succombe à une congestion pulmonaire.

L'examen de l'encéphale a montré quelques particularités curieuses. L'hémisphère gauche a un volume moitié moindre que le droit, qui le déborde en avant et en arrière. Partout, dans l'hémisphère atrophié les circonvolutions, amoindries, ont une consistance très dure. Les circonvolutions de l'insula, la troisième frontale et le commencement de la frontale ascendante participent au processus scléreux. L'arachnoïde et la pie-mère sont épaissies et opaques, surtout à la partie supérieure.

L'augmentation de densité embrasse à la fois l'écorce cérébrale et la substance blanche dans laquelle se voient des vacuoles remplies de liquide. Le ventricule latéral est développé aux dépens de la substance cérébrale; ses parois sont fort minces, sa paroi pariétale a $\frac{1}{8}$ de pouce, en ce point l'écorce est réduite à une mince pellicule. Enfin le corps strié et la couche optique présentent la même atrophie.

La déformation du cervelet est inverse de celle du cerveau, le lobe droit étant atrophié et durci. On a noté dans cet organe la décoloration des feuillets.

Pesées. — Cerveau, 865 gr.; hémisphère droit, 507; — gauche, 217; — cervelet, lobe droit, 42; — gauche, 73; — pont de Varole, 44; — moelle allongée, 5. 5.

L'étude micrographique des diverses parties atrophiées, a mis en évidence les altérations suivantes. Dans l'hémisphère gauche, on observe une diminution d'épaisseur de la substance grise où se voient de nombreuses cellules rondes d'un volume uniforme, et des cellules pyramidales en très petit nombre. Ces corps ronds paraissent être des cellules de la névroglie, dont la masse est bien plus considérable que dans l'hémisphère droit. Les feuillets de la substance grise sont aussi moins nettement marqués que dans le côté sain, et l'on y voit des cylindres d'axe traverser l'écorce d'un feuillet à l'autre. Enfin le réseau capillaire est très pauvre, et la substance blanche présente à l'examen une augmentation de cellules connectives de Deiters qui, en certains endroits, ont absorbé le tissu cérébral aux dépens des fibres nerveuses. Le lobe droit du cervelet a montré un amincissement du feuillet externe de substance grise qui ne contient que quelques cellules de Purkinje.

Malgré l'abondance des matières contenues dans ce numéro, nous devons faire bonne place à l'étude exotique de M. le Dr Norton Manning sur l'aliénation mentale en Australie. Cette

importante colonie avait, au 31 décembre 1877, 5,876 aliénés, sur une population de 2,096,732 habitants, ce qui donne une proportion de 4 pour 356; soit 2,80 par mille. Ce travail contient des détails intéressants sur chaque province.

La Nouvelle Galles du Sud a 4829 aliénés, les idiots sont traités à Newcastle. L'établissement où ils sont recueillis est une ancienne caserne, qu'on a eu quelque peine à adapter à son nouvel usage. Les malades y sont soignés et élevés, mais n'y reçoivent pas l'instruction. Les établissements pour aliénés ordinaires sont au nombre de cinq : 1° Gladesville, l'asile principal affecté aux cas aigus, est bien situé, mais laisse à désirer comme construction (P. 340 h. et 277 f.).

2° Parramatta, destiné aux aliénés chronique, parmi lesquels 27 condamnés entretenus encore aux frais du trésor impérial. Cet asile a une annexe pour les aliénés criminels, les femmes de cette dernière catégorie sont gardées dans les prisons ordinaires. L'asile de Parramatta qui a l'avantage de séparer les deux classes de malades, ressemble malheureusement plus à une prison qu'à un établissement hospitalier (P. 808).

3° Cooma, un petit asile situé dans l'intérieur de la colonie (P. 60 h.).

4° Callan Park, une ancienne maison particulière, récemment transformée en asile. C'est une annexe de Gladesville dont il n'est éloigné que de quatre milles.

5° Une maison autorisée (licensed house) à Cook's Rivers près de Sydney, qui contient neuf pensionnaires et cent vingt cinq malades du gouvernement qui y ont été placés à cause de l'encombrement des asiles publics.

La Tasmanie contient 337 aliénés, 244 hommes et 123 femmes. Le seul établissement qui leur soit affecté est à New-Norfolk à vingt milles de Hobart. Il est bien situé et jouit d'une excellente réputation. Il y a un pavillon séparé pour les malades de classe supérieure; dans ce pensionnat sont reçus des malades des colonies voisines. L'asile de New-Norfolk reçoit les idiots, les aliénés ordinaires et les aliénés criminels; les malades condamnés sont gardés dans une prison, près de la capitale. Leur mortalité est considérable.

L'Australie méridionale, où les aliénés sont au nombre de 478 (164 hommes et 217 femmes), possède deux asiles bien aménagés. Le premier, situé sur les limites de la cité est un ancien bâtiment qui reçoit 256 malades; l'autre, à deux milles d'Adélaïde, en a 223. La construction de ce dernier remonte à

dix ans. Les idiots et les femmes criminelles y sont répartis dans les différents quartiers, mais un pavillon spécial est affecté aux hommes criminels.

La province de Victoria est celle qui a le plus grand nombre d'aliénés. Elle n'en contient pas moins de 2,747, savoir : 1,588 hommes et 1,159 femmes. Elle est pourvue de trois asiles neufs et bien construits à Kew, près Melbourne, à Beechworth et à Ararat, dans la campagne, pour 1,800 malades. On y trouve de plus l'ancien établissement de Yarra Bend, dans le faubourg de Melbourne, et l'institut de Ballarat, pour les idiots et imbeciles inoffensifs. Il faut mentionner encore une maison autorisée pouvant recevoir trente personnes. L'asile de Yarra Bend contient 736 malades, dont un grand nombre chroniques sont répartis dans des pavillons séparés, élevés successivement à diverses époques, et sur une grande étendue. Les nouveaux asiles, dont le plus grand est à Kew (800 malades), ont des constructions massives qui rappellent les asiles européens d'il y a vingt ans. L'asile de Ballarat est insuffisant et ne loge qu'une partie des garçons idiots de la province. Les aliénés criminels n'ont pas d'établissement spécial et sont distribués un peu partout avec les aliénés ordinaires. La proportion des aliénés dans Victoria est de 1 sur 313 individus. Elle tend à augmenter. La moyenne des admissions, relativement à la population générale, est de 1 sur 4,260.

Dans le Queensland qui n'est une colonie indépendante que depuis 1859, le nombre des aliénés est relativement faible, les malades de cette province ayant été autrefois admis dans les asiles des pays voisins. Il n'est que de 447, dont cinq aliénés criminels. L'établissement central de Woogaroo, fait de constructions successives et assez mal installées, contient tous les aliénés, moins quelques chroniques, logés à Ipswich. Il n'y a pas d'asile spécial pour les aliénés criminels. La difficulté des communications dans cette vaste contrée a nécessité, dans les villes et dans les ports du nord, la création de maisons de réception (reception houses) où les aliénés subissent une observation de trois mois avant d'être transférés à l'asile central.

L'Australie occidentale, colonie de la couronne, était encore, il y a dix ans, un dépôt de condamnés, au nombre de 679 à la fin de 1877. Parmi eux se trouvaient 13 aliénés. À cette époque, le nombre des aliénés étant de 85, porta à 68 le nombre total des aliénés de cette province. Elle possède un asile bien installé dans la ville maritime de Fremantle qui a seulement

comme tous les petits asiles, l'inconvénient de ne point permettre le classement des malades. Toutefois les condamnés y sont séparés des aliénés ordinaires.

M. le Dr Georges Savage rend compte de ses essais avec l'hyosциamine sous ses différentes formes. La science n'est pas fixée sur la valeur thérapeutique de cet alcaloïde, et l'indécision des résultats obtenus provient de sa nature mal définie. M. Savage qui combat au début de ce travail certaines appréciations du docteur Lawson, considère trois espèces d'hyosциamine : 1° une cendre qu'il regarde comme absolument inerte ; 2° une matière granulée, blanchâtre, extrêmement énergique ; 3° une préparation officinale qu'il appelle l'hyosциamine extractive, et qui paraît la plus apte à entrer dans la pratique. L'hyosциamine granulée a produit des effets extrêmement intenses à la dose d'un 26^e de grain. Voici les symptômes qui ont suivi son administration : dilatation pupillaire, faiblesse des membres, station verticale presque impossible, dépression mentale, répulsion extrême du malade pour une seconde dose, anxiété, crainte d'une mort prochaine. A doses plus faibles, sensation d'ivresse, fréquentes hallucinations de la vue et du toucher, sécheresse de la gorge, que l'injection des liquides ne peut dissiper, anorexie. L'administration du médicament est parfois suivie de vomissements et de collapsus. Les effets de cette hyosциamine sont lents et demandent une heure et demie à deux heures pour se produire ; ils persistent pendant douze à dix-huit heures.

Les malades sont médicamentés après le déjeuner ; le calme obtenu au bout de deux heures, dure jusqu'au soir, où une seconde dose est nécessaire pour assurer le repos de la nuit.

La dose a été poussée jusqu'à un treizième de grain (0g.004) mais ce n'a pas été sans inconvénient.

La première malade traitée par cette méthode était une jeune fille qui y demeura réfractaire pendant six semaines, après lesquelles les règles sont survenues et ont été suivies de guérison.

M. Savage se demande avec Crichton Browne si l'hyosциamine n'a pas été utile dans ce cas par son action emménagogue. La deuxième malade maniaque entrée pour la troisième fois à Bethlem éprouva des effets désastreux du médicament. Après un calme passager, survenait un état mental caractérisé par l'anxiété, la terreur des médecins et le refus d'aliments.

La troisième enfin tomba dans le collapsus après avoir pris 0 gr. 004 d'hyosciamine. En revenant à elle, elle se montra violente et agressive envers le médecin qu'elle accusa de vouloir l'empoisonner. Chez cette malade, on observa du dépérissement sans amélioration de l'état mental. Cette préparation n'a pas été plus efficace dans la mélancolie; elle a produit le collapsus chez un aliéné choréique et notre confrère la considère comme très dangereuse dans la paralysie générale.

L'hyosciamine extractive est d'un effet moins violent et peut s'administrer à doses plus élevées, jusqu'à un grain. Elle produit le calme plus sûrement, et a moins de tendance à supprimer l'appétit.

Les désordres nerveux qu'elle détermine sont moins intenses et le collapsus est plus rare.

Le médecin de Bethlem la prescrit à petites doses répétées, une dose massive ayant l'inconvénient après des effets physiologiques d'une grande énergie, de ne produire qu'un calme passager suivi d'un retour à l'agitation.

Nous résumons à grands traits les trois observations contenues dans ce mémoire; on y voit l'hyosciamine et la teinture de jusquiame administrées tour à tour aux malades.

1^o Célibataire, 38 ans, pas d'hérédité morbide; parents phthisiques; anxiété religieuse, mélancolique d'abord, puis agitée, idées de possession; hallucinations; elle est la reine de la gloire. Erotisme, état maniaque violent. Un mois après l'admission, on prescrivait un huitième de grain du médicament. Moins d'une heure après, se manifeste de la prostration, de la somnolence avec dilatation pupillaire et faiblesse des membres; le lendemain, amélioration de l'état mental. Le surlendemain, nouvelle dose suivie de l'impossibilité de parler, de se tenir debout, de frissons et d'anorexie; nouvelle amélioration et suspension du médicament pendant trois jours. L'hyosciamine est ensuite reprise à des doses croissantes, déterminant chaque fois, comme précédemment, des effets physiologiques puissants et le calme demandé.

Après deux mois, il y avait tendance à la débilité mentale, mais le traitement a été suspendu. Dans l'intervalle, quelques doses de teinture de jusquiame ont été administrées.

Tout en produisant la dilatation pupillaire, elles ont paru agiter la malade.

2^o Célibataire, trente ans, un cousin maternel aliéné; mère et sœur phthisiques; un premier accès neuf ans auparavant; une

semaine d'invasion. La malade est très agitée. Elle est l'épouse du Sauveur, hallucinée de la vue, bruyante et insomne. Etat physique affaibli. Un demi-grain d'hyosciamine extractive a déterminé des accidents graves : prostration complète; sensation d'ivresse, suivie de calme; les deux jours suivants ont été plus tranquilles, la malade accusant seulement un peu de sécheresse de la gorge; puis l'agitation est revenue. Des doses successives ont été ainsi prescrites, amenant les mêmes effets et on a observé finalement l'état maniaque intense.

La teinture de jusquiame fut ensuite essayée avec le même insuccès, les petites doses produisant de l'excitation et les doses massives une sédation incomplète sans faire cesser l'incohérence.

Cette médication était d'ailleurs interrompue fréquemment, à cause du refus d'aliments qui en était la conséquence. Chez les deux malades précédents, l'examen à l'ophtalmoscope a donné un résultat négatif; sous l'action du médicament, le pouls devenait rapide et tendu comme dans un accès fébrile.

3^e Mariée, trente-six ans, oncle paternel aliéné. Première attaque consécutive à un excès alcoolique; six semaines d'invasion. Délire terrifiant; voit la maison on feu et des sorciers dans la cheminée. Idées de spoliation et de ruine. Un poisson est sous son lit et la mord.

Au début, prescription d'un quart de grain d'hyosciamine extractive sans effet marqué; quatre jours après, une dose double détermine des effets physiologiques sans modifier l'état mental. Enfin un grain du médicament produit la prostration complète. Cette dose est continuée et produit des effets temporaires. Au contraire, la teinture de jusquiame s'est montrée efficace. Sous son influence, la malade se calmait et tendait la main à son entourage.

Mais il faut bien noter que, dans ce cas comme dans les autres, on observait un retour des symptômes aussitôt que l'effet du médicament avait cessé de se produire.

M. Savage a employé l'hyosciamine chez un grand nombre de malades aigus et chroniques. Nous relevons dans son travail des résultats heureux obtenus chez un paralytique général, violent et dangereux, présentant une agitation de nature érotique, et chez une femme atteinte de manie puerpérale. On ne doit pas oublier, en maniant ce médicament, que son action peut être parfois très longue à se manifester chez un malade; il ne

s'est pas écoulé moins de neuf heures avant qu'il ait accusé une sensation d'ivresse et de défaillance...

Aussi ne faut-il pas se presser de renouveler les doses. En résumé, notre confrère recommande l'hyosciamine extractive à l'exclusion de toute autre préparation. Elle est surtout utile, d'après lui, chez les malades violents, les homicideurs, chez ceux qui, privés de la sensibilité générale, se précipitent inconsciemment. Mais il est ennemi, nous le savons, du restraint médical, sous toutes ses formes, et préfère substituer aux drogues un traitement hygiénique bien ordonné, toutes les fois que cela lui est possible.

Lorsque le psychologue veut étudier le vice héréditaire dans la famille de l'homme du peuple, il est arrêté au premier pas par l'obscurité des ascendants. L'indifférence de la postérité a été un voile épais sur leur filiation. Il a plus de bonheur avec les nobles. L'orgueil des familles a gardé précieusement le souvenir des ancêtres; leurs actes héroïques nous sont connus en même temps que leurs défaillances, dont leur blason même garde l'empreinte ineffaçable. Pour les rois, l'histoire de leur dynastie s'identifie avec celle de la nation; avec eux, la tâche du psychologue devient facile. M. le Dr William W. Ireland a entrepris de nous raconter les vicissitudes d'une des plus glorieuses lignées du moyen âge.

Le chef de la première dynastie des rois d'Espagne est Jean II de Castille.

Du mariage de ce prince avec Isabelle de Portugal est née Isabelle de Castille, qui, par son union avec Ferdinand d'Aragon, a fondé la monarchie espagnole.

Jean II était un prince d'une organisation mal équilibrée, à l'intelligence pauvre. Son règne fut une minorité prolongée (Preseott), et fut désastreux pour la Castille.

Sa femme, la mère de la grande Isabelle la Catholique, devint aliénée à la fin de ses jours. Isabelle et Ferdinand n'ont donné aucun signe d'aliénation mentale, et leur règne a laissé des souvenirs glorieux.

Ils eurent quatre enfants. L'un, don Juan, est mort jeune; un autre, Marie, reine de Portugal, est morte en 1498, et son fils ne lui a survécu que d'un an.

La plus jeune fille d'Isabelle ayant été mariée au roi d'Angleterre, la succession d'Espagne est passée au mains de la princesse Jeannè, femme de l'archiduc Philippe, devenue folle à la

suite de son époux. L'éclat jeté sur le siècle par le règne de Charles-Quint, fils de cette infortunée princesse, justifie l'adage bien connu que la folie et le génie sont proches parents. Il s'en faut toutefois que l'organisation de l'illustre empereur ait été parfaite, et M. William W. Ireland fait d'après M. Mignet l'énumération de ses défauts : Caractère peu scrupuleux, accès de mélancolie, pratiques religieuses exagérées, mauvaise denture et inégalité de longueur des maxillaires qui gênaient à la fois la mastication et l'élocution; — attaques d'épilepsie qui cessèrent après son mariage, mais lui laissèrent des céphalées pénibles qui le contraignaient à couper ses cheveux. Ce prince, gourmand et buveur, contracta la goutte à l'âge de trente ans, et on pourrait à la rigueur, enfin, considérer comme un fait anormal son abdication prématurée à cinquante-six ans.

Il descendait par son père de Charles le Téméraire, duc de Bourgogne, qui avait perdu, dit-on, la raison à la suite de sa défaite par les Suisses.

Le frère de Charles-Quint, Ferdinand, qui lui succéda comme empereur d'Allemagne, fut le chef de la maison d'Autriche. Son fils, Maximilien II, épousa Marie de Bourgogne, et de ce mariage, naquirent seize enfants dont deux seulement furent victimes du nervosisme héréditaire.

Rodolphe II, connu pour son excentricité et son hypochondrie, fut détrôné par son frère Mathias. Le second fils de Maximilien était mélancolique.

Les qualités brillantes de Charles-Quint se transmirent à ses bâtards. Don Juan d'Autriche, le premier fils de Barbara Blomberg, était déjà un général célèbre, lorsqu'il mourut à l'âge de 29 ans. Un autre enfant de Charles-Quint, Marguerite d'Autriche, qu'il eut d'une flamande, Marguerite Vangest, devint régente des Pays-Bas. C'était une éminente princesse, qui avait hérité de son père son amour du pouvoir et sa diathèse gouteuse. Mariée d'abord à Alexandre de Médicis et ensuite à Octave Farnèse, elle eut de ce second mariage un fils qui devait être plus tard illustre sous le nom d'Alexandre de Parme.

Par contre, la postérité légitime de Charles-Quint n'héritait point de sa gloire. Il avait épousé sa cousine Isabelle de Portugal et en eut trois fils et deux filles, tous sains d'esprit. Son fils aîné, Philippe, eut quatre femmes : la première fut sa cousine, Marie, fille du roi Jean de Portugal et petite-fille de Jeanne la Folle. C'est de cette union que naquit le malheureux don

Carlos, victime d'une double consanguinité. Notre confrère a tracé, d'après l'historien anglais Prescott, un portrait saisissant de ce prince. Il n'a parlé qu'à l'âge de cinq ans; contrefait et bossu, il avait le front bas et le menton déformé comme son grand-père. Il parlait difficilement. Sa face était glabre, et il était impuissant; il unissait à des instincts méchants, une antipathie décidée pour l'étude et les exercices du corps. A seize ans, il fit une chute et fut trépané. On a rendu à tort cette opération responsable de la pauvreté de son organisation et des actes d'insanité dont sa vie est pleine. Jeté en prison sur l'ordre de son père, il y est mort à l'âge de vingt-trois ans.

De sa seconde femme, Marie d'Angleterre, cousine de son père, Philippe II n'eut pas d'enfants, fort heureusement pour l'Espagne. Sa troisième, Elisabeth de France, lui donna deux filles; sa quatrième femme, Anne d'Autriche, était sa propre nièce. Le pape, remarque notre confrère, a pu accorder les dispenses pour une pareille union, mais n'a pu préserver les descendants de ses suites. Trois fils et une fille, qui en sont nés d'abord, sont morts jeunes. Un dernier fils, Philippe, a survécu et a succédé à son père sur le trône. Ce fut un roi incapable, aussi bien que son fils Philippe IV, qui se faisait pardonner néanmoins sa nature indolente par des aptitudes artistiques et littéraires.

L'un de ses fils, Prosper, succomba de bonne heure à des convulsions. L'autre, Charles II, imbécile, rachitique, épileptique, et par bonheur impuissant, laissa s'éteindre la dynastie dont il était le dernier rejeton. Elle avait eu trois siècles et demi de durée.

Deux observations de paralysie générale sont rapportées par le docteur Willam Mac-Leod. La première se termine par une guérison (ou une rémission prolongée), coïncidant avec l'invasion d'un érysipèle de la face. Le malade, maître canonnier, âgé de trente et un ans, robuste et bien découpé, a eu, avant son admission à l'hôpital de Yarmouth, deux attaques épileptiformes dont la première remonte à cinq ans environ. Il présente à son entrée les symptômes de la paralysie générale confirmée. Outre les troubles moteurs, on constate chez lui la perte de la mémoire, un délire de richesses avec idées funèbres : il croit que sa femme est morte et qu'il va être fusillé. Il est violent et traité par le chloral.

Malgré un appétit vorace, il dépérit et présente alors un

hémalome double. Plus tard, il fait une chute sur le nez, après laquelle survient un érysipèle de la face. A partir de ce moment, l'état de ce malade s'améliore; la mémoire lui revient, le délire et la paralysie disparaissent progressivement, et il quitte enfin l'asile à peu près guéri, offrant seulement un peu d'embarras de la parole, lorsqu'il veut s'exprimer avec animation.

La deuxième observation est d'abord intéressante par la cause qui paraît avoir produit la paralysie générale: la commotion occasionnée par l'explosion inattendue d'une pièce de canon. Le malade, ingénieur, sans antécédents héréditaires, se trouvait à dix-neuf pieds en avant, et à deux pieds à droite de l'ouverture de la pièce (qui était un canon de 25 tonnes), lorsque le coup partit. Il tomba étourdi par la détonation. Il fut affecté peu après de diplopie et de surdité du côté gauche. Depuis lors, ses amis s'aperçurent qu'il devenait irritable et avait perdu de son énergie.

A son entrée à l'asile, cinq ans après son accident, il est maniaque destructeur. Il présente de l'embarras de la parole, du tremblement de la lèvre supérieure et de la parésie des membres inférieurs. La mémoire est perdue et on observe en outre le prolapsus de la paupière supérieure gauche et la dilatation pupillaire du même côté. Il offre un délire incohérent des grandeurs, croit alternativement qu'il est le fils et l'époux de la reine, qu'il n'a qu'à secouer les doigts pour en faire tomber de l'or. A l'ophtalmoscope, on constate l'existence d'une névrite optique de l'œil affecté; l'examen extérieur de l'oreille du même côté ne révèle rien d'anormal, bien que le malade soit demeuré sourd.

Après une légère rémission, à la faveur de laquelle il a recouvré la mémoire, ce malade a eu, six mois après son entrée, une série d'accès de catalepsie. La crise qui s'annonçait par une transpiration abondante et par une élévation notable de la température, commençait à six heures du matin, pour se continuer jusqu'au lendemain matin trois heures. Pendant tout ce temps, il y avait inconscience apparente, suspension du mouvement et de la sensibilité ainsi que de la contractilité pupillaire. Dans l'intervalle des crises, il était lucide et raisonnable. D'après ses déclarations, l'état extatique aurait dépendu d'hallucinations intenses de nature terrifiante.

Ces accidents ont persisté pendant un mois environ. Puis le délire est revenu et la paralysie générale a repris son cours ordinaire.

Une troisième observation de paralysie générale est rapportée aux « notes et cas cliniques, » avec une grande abondance de détails, par M. J. Carlyle Johnstone, médecin adjoint de l'asile de Five et Kinross.

Le sujet est âgé de trente-quatre ans, marchand de pommes de terre, marié, sans vice héréditaire connu. Des chagrins domestiques, des revers de fortune, des excès alcooliques, une crise convulsive après boire, survenus dix mois auparavant, figurent parmi ses antécédents, auxquels il faut ajouter, pour être complet, un coup de pied de cheval au genou gauche qui lui a laissé une claudication permanente. Le début de la maladie remonte à sept jours. Il a été marqué par une excitation de nature religieuse (le malade croyait être Jésus-Christ), du désordre dans les actes, des entreprises déraisonnables.

L'état maniaque s'est accentué et a fini par le pousser à l'asile. L'agitation a été combattue par la digitale, le bromure de potassium et le chloral; ce dernier à la dose de 4 grammes par nuit a procuré le sommeil.

Pendant ce temps, le malade croyait être le Christ et répétait comme un écho ce qu'il entendait. Il a eu alors un abcès du genou et un hématome double. Les symptômes maniaques se sont progressivement amendés, et neuf mois après l'admission, il est tranquille, satisfait, content de lui et répondant avec autorité, mais bienveillamment à ceux qui lui parlent.

Ses facultés mentales sont affaiblies. La paralysie générale est manifeste et se reconnaît à l'articulation défectueuse des mots, au tremblement de la langue, à la forme jetée de l'écriture et à la maladresse des mouvements. En un mois la maladie a fait des progrès rapides. Quand le malade parle, on n'entend plus la fin du mot, son écriture est illisible, il est ataxique, on observe l'obtusion de la sensibilité cutanée et réflexe, et l'exagération des réflexes tendineux. La démence est plus marquée et il y a de la céphalalgie frontale. C'est alors que se manifestent des phénomènes nouveaux que notre confrère décrit avec soin.

Le malade a perdu subitement la parole et ne l'a plus recouvrée jusqu'à la mort.

Il a présenté au début de la stupeur, mais elle n'a pas tardé à disparaître, laissant après elle un mutisme complet.

Le fonctionnement cérébral était relativement bon, et la conscience intacte. Quand on lui parlait, il gardait sa physionomie épauvée, mais s'efforçait en vain de répondre. Il a

présenté de véritables rémissions à la faveur desquelles il a pu dire quelques mots usuels, mais dans d'autres moments le trouble du langage a pris la forme d'une véritable aphasie, le malade poussant des sons inarticulés en essayant de faire des réponses inintelligibles. Pendant cette période, l'appétit a été bon, la déglutition normale et la langue a pu constamment sortir de la bouche. En même temps que la parole se perdait, on observait une ataxie extrême du mouvement, surtout aux jambes. Les actes les plus simples étaient exécutés avec une maladresse incroyable. C'était une lésion de la fonction coordinatrice. Sans décrire ces troubles en détail, nous remarquerons l'impossibilité du malade de boire seul et la difficulté qu'il avait à s'asseoir dans un fauteuil.

Le désordre ataxique existait seulement au moment de la mise en jeu des muscles pour la coordination d'un acte. Une fois le mouvement désiré obtenu, il se produisait un calme complet. C'est ainsi que le malade demeurait dans son fauteuil une fois qu'on l'y avait fixé, et qu'un thermomètre placé dans son aisselle finissait par s'y maintenir immobile. L'affection a eu une marche irrégulière et le malade a pu, à un moment donné, écrire sa signature. Onze jours après, il a été frappé d'hémiplégie gauche complète suivie de paralysie faciale droite. La première a disparu assez rapidement, mais la seconde a persisté. Enfin, vingt-cinq jours après le début des accidents terminaux, le malade a succombé au marasme, (diarrhée, eschares, plaie gangréneuse du pied). Dans les derniers temps, l'ataxie musculaire était extrêmement intense et le malade présentait à un haut degré le symptôme qu'on a désigné sous le nom « d'agitation silencieuse ». Il n'y a jamais eu de paralysie des sphincters.

L'autopsie a montré au cerveau l'injection et l'épaississement des membranes. L'opacité de l'arachnoïde est marquée surtout aux surfaces latérales et supérieures des régions fronto-pariétales, et, à la base, au niveau de l'espace interpedonculaire. A part quelques adhérences isolées, la pie-mère se détache aisément. Les circonvolutions frontales sont atrophiées, et il y a en outre une hyperémie considérable des substances grise et blanche. Le plancher des ventricules latéraux et du quatrième ventricule est granuleux. Enfin, le corps strié droit présente dans sa portion intraventriculaire, à l'angle antérieur et interne, un foyer de ramollissement hémorragique de la dimension d'un demi-pois.

La moelle et le cervelet sont hyperémiés et leurs artères sont athéromateuses. Le premier de ces organes présente une lésion importante, des plaques pachyméningitiques disséminées sur la dure-mère, surtout à la partie inférieure.

Au microscope, l'altération la plus remarquable et sur laquelle notre confrère insiste avec raison, est une prolifération de noyaux autour des vaisseaux de la pie-mère, sur tout le trajet de ces vaisseaux et dans la substance nerveuse ambiante. Avec ces noyaux, d'abondantes granulations d'hématoidine et des corps fusiformes. Les cellules nerveuses sont déformées, leur contenu, granuleux et pigmentaire. Ça et là, dans la masse cérébrale grise et blanche, se découvrent des points atteints de sclérose miliaire, de récente formation. Les altérations prédominent dans l'hémisphère droit. On les constate, mais à un degré moins marqué, dans les corps striés et le cervelet. Notons en passant l'état indemne des corps olivaires. On sait que Van der Kolk fait jouer à ces organes un rôle important dans la production du langage, et que le D^r Galopain fait dépendre les troubles aphasiques, chez les paralysés généraux, d'une lésion des ganglions des nerfs bulbaires, au niveau du plancher du 4^e ventricule, principalement le facial et l'hypoglosse. Voisin, du reste, n'a trouvé aucune altération dans les corps olivaires.

A la moelle, l'altération s'observe surtout dans la substance grise, aux racines postérieures et au voisinage du canal central. Ou y voit, outre l'hyperplasie déjà mentionnée, une production abondante de corps amyloïdes sous la pie-mère et sur le trajet des vaisseaux près des racines postérieures, ainsi que des espaces sclérosés de petite étendue. Ces corps se remarquent surtout dans la région dorso-lombaire qui est la plus atteinte.

M. le D^r Clouston fournit trois observations d'aliénation mentale compliquée de lésion du crâne. Le premier malade a voyagé beaucoup et les renseignements qu'on a sur sa vie sont un peu vagues. Il a été soigné autrefois à l'asile des aliénés de Melbourne. Avant d'être observé par notre confrère, il était mélancolique, se montrait irritable, ne dormait pas et sa mémoire était très altérée. Il avait des vertiges et des attaques épileptiformes. La démarche était gênée. Le bras droit était le siège de contractions fréquentes qu'on ne pouvait réprimer sans provoquer de la douleur. Le côté gauche et la face étaient incomplètement paralysés. Cet homme présentait en outre passagèrement un singulier phénomène de paresthésie. Si l'on

piquait le bras gauche, la sensation se produisait à la cuisse du même côté. La peau était le siège d'un exanthème cuivré, et le malade portait une petite tumeur à l'aîne droite. Le symptôme le plus remarquable était une sensibilité anormale siégeant au niveau de l'éminence pariétale droite. Lorsqu'on percutait ce point, le bras et la jambe gauches, se contractaient, et la jambe était convulsée pendant cinq minutes. Ce malade n'est resté qu'un mois à l'asile et a succombé à des accidents congestifs.

L'autopsie a montré, au niveau du point mentionné, une usure du crâne laissant une ouverture de 5/16 de pouce de long sur 6/16 de large. Au-dessous, la dure-mère, épaissie, recouvrait une tumeur gommeuse, dure, bilobée, du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur avait enflammé et ramolli la substance cérébrale ambiante. Elle intéressait notamment la circonvolution supramarginale et une partie de l'ascendante pariétale, avec la circonvolution d'angle.

La deuxième observation est celle d'un homme de quarante ans, dont un frère a été aliéné. Il a toujours été sobre et la diathèse cancéreuse n'existe pas dans ses antécédents. Un an et dix mois avant son admission, cet homme accusait, en même temps qu'une douleur au doigt gauche, une sensation étrange qui, partant de la plante du pied gauche, se propageait jusqu'à la langue et déterminait la paralysie de la parole.

C'était une véritable « aura », car elle a été suivie plus tard d'attaques caractéristiques, limitées d'abord à la tête, puis complètes, affectant surtout le côté gauche du corps, par lequel débutaient les convulsions. Cet homme souffrait en outre de douleurs vives dans l'oreille droite et le côté droit de la tête, à la région postérieure. Il était dément. Son affection a fait des progrès rapides. L'ouïe n'a jamais été affectée, mais après avoir eu de la diplopie, il est devenu aveugle. Sa parole était embarrassée, et la déglutition était difficile. Il a succombé dans le coma. Les lésions découvertes à l'autopsie étaient effrayantes et l'on s'est demandé comment le malade avait pu vivre si longtemps.

Sur la portion pétreuse du temporal droit reposait une tumeur, du volume d'un œuf de poule, qui avait désorganisé la substance cérébrale tout autour d'elle. La substance blanche et l'écorce du cerveau, refoulées par cette masse morbide, avaient fait hernie à travers la dure-mère par les ouvertures des vaisseaux, ce qui donnait à la périphérie de l'encéphale, l'aspect

d'un chou-fleur. Au point correspondant, la table interne du crâne présentait une multitude d'érosions. Une altération analogue se voyait sur l'os pétreux, à la surface d'implantation de la tumeur qui était un cancer myéloïde.

La troisième observation est celle d'une femme de cinquante-six ans qui avait déjà été deux fois en traitement à l'asile. Elle avait, depuis deux ans, un cancer de la mamelle droite. C'était une démente agitée par des idées de persécution. Elle avait à son entrée des hallucinations de la vue avec le délire du soupçon.

Elle voyait une lumière brillante et le visage d'un homme sur le mur. Cette femme se plaignait de douleurs dans les membres qu'elle croyait rhumatismales, mais qui étaient évidemment l'expression d'une lésion des centres nerveux. Chose remarquable, elle se plaignait peu de la tête. Lorsqu'elle est morte, l'examen nécropsique a montré une adhérence intime entre la dure-mère et la table interne du crâne qui présentait de nombreuses érosions. En dedans de la dure-mère, principalement à gauche, on voyait un dépôt abondant de matière sarcomateuse et la membrane avait en certains points un demi-pouce d'épaisseur.

La dégénérescence cancéreuse affectait aussi la mamelle et les ganglions de l'aisselle.

Dans le même chapitre, le Dr Clouston a publié un cas d'embolie des vaisseaux pulmonaires chez un épileptique, mort dans un état comateux après une série d'attaques. L'affection de cet homme remontait à dix ans, époque à laquelle il avait fait une chute sur la tête. Il avait toujours eu la poitrine délicate. Ces attaques se compliquaient d'agitations impulsives avec délire religieux. A l'asile, il en avait en moyenne une par semaine, elles étaient séparées par des intervalles lucides pendant lesquels il était laborieux et raisonnable.

Deux mois avant de mourir, il eut pendant deux jours une série d'accès (plusieurs par heure) qui le laissèrent dans un état comateux. Pendant ces accidents qui s'accompagnèrent pourtant d'un œdème des extrémités, l'examen des urines fournissait un résultat négatif.

Il se releva de cette première crise ; mais il eut plus tard un accès maniaque suivi d'une nouvelle série d'attaques, auxquelles il succomba sans avoir repris conscience, après avoir présenté, outre des convulsions générales et locales affectant la face et les bras, des mouvements rythmiques de la bouche

et de la gorge, imitant le geste d'un homme qui déguste des aliments. A l'autopsie, on a constaté une congestion intense, occupant surtout la protubérance et le quatrième ventricule, et l'existence, dans quelques veines de la pie-mère, de corpuscules fibreux organisés, bien distincts du caillot normal dont on pouvait facilement les détacher. Le foie, le cœur et les reins avaient subi la dégénérescence graisseuse.

La même altération qu'on avait constatée dans les veines de la pie-mère, se voyait dans les capillaires du poumon qui étaient le siège d'une véritable embolie graisseuse. Enfin, l'auteur a remarqué chez ce sujet une fragilité anormale des os, résultant d'une raréfaction de leur tissu.

Le chapitre des notes du trimestre est exclusivement consacré à l'exposé sommaire des divers bills concernant l'aliénation, qui ont été présentés au Parlement pendant cette session (1879).

1^o *Bill de M. Selater Booth*, dont les clauses 47 et 48 donnent aux comités de comté (County Boards) le pouvoir d'ouvrir des asiles pour les imbéciles ou les aliénés pauvres, susceptibles d'être légalement détenus dans un workhouse, ou d'instituer des écoles séparées pour l'éducation et l'instruction des jeunes idiots indigents.

2^o *Bill de M. Rodwell*, ayant trait à l'organisation d'infirmes affectées aux aliénés indigents et invalides au compte des unions et des paroisses, autres que celles de la métropole. Tout malade du comté, aliéné, infirme ou idiot (cas chroniques à proprement parler), pourra être reçu de n'importe quelle institution aux conditions et suivant les règlements arrêtés par le comité du gouvernement local, qui aura le contrôle du mode d'admission et devra interdire celle de tout aliéné dangereux.

3^o *Bill sur les buveurs d'habitude*, instituant une cour de juridiction sommaire ayant mission d'appliquer la loi.

Les établissements auront le nom de retraites. Retraite signifie une maison destinée à recevoir, garder, traiter, les buveurs d'habitude, et ce terme s'applique à tout individu, homme ou femme, qui, en raison de son intempérance habituelle, est devenu un danger pour lui et pour les autres, ou est incapable de se conduire ou de diriger ses affaires.

Dans ce cas, il pourra être admis en présentant une requête

où sera mentionné le temps qu'il compte séjourner dans la maison; ce temps ne devra pas excéder une année. Cette requête sera appuyée d'une déclaration de deux personnes, attestant que l'impétrant est « *buveur d'habitude* » et contresignée par deux juges de paix. Le juge de paix pourra accorder aux pensionnaires des congés qui ne pourront excéder deux mois, etc.

4^o Le *bill d'amendement de la loi pour les aliénés de M. Dilwyn*, donne pouvoir aux juges des comtés et des bourgs de lever des contributions pour l'acquisition d'asiles privés et de maisons autorisées. Les fonds serviront à l'achat de terrains et bâties, plants, objets mobiliers, etc. Les établissements ainsi créés seront des « *asiles publics* » et soumis aux lois qui leur sont appliquées. Ils pourront être disposés dans quelques-unes de leurs parties pour recevoir des aliénés payant pension.

Suivent des dispositions concernant l'emploi des fonds mis en commun provenant des divers asiles, le choix des médecins directeurs et des médecins visiteurs, leur traitement, le mode d'admission des aliénés, leur maintenance, la sortie, la retraite des fonctionnaires de l'asile, le recrutement des gens de service, etc.

5^o La commission chargée de l'enquête sur la *loi pour les aliénés en Irlande*, s'est trouvée en face de différentes difficultés dont quelques-unes, à ce qu'il paraît, sont à peu près insurmontables. Elle débute par déclarer qu'il est nécessaire de procéder à une réorganisation complète de toute l'administration concernant l'aliénation.

A cet effet, on demande que les asiles actuels de district soient classés; qu'un ou deux, dans chaque province, selon les besoins, soient des *hôpitaux d'aliénés*, autrement dire qu'ils soient réservés pour le traitement curatif de ces malades; que les autres, dits *asiles d'aliénés*, soient consacrés aux aliénés chroniques réclamant des soins spéciaux; un certain nombre de ceux-ci, environ cinquante de chaque sexe, pouvant d'ailleurs trouver place dans les *hôpitaux d'aliénés* pour les besoins du service.

On demande encore que l'inspection des aliénés libres soit une obligation pour les officiers médicaux de dispensaire, dont les certificats, en cas de besoin, seraient le point de départ d'une action de la part des autorités; que des arrangements soient pris pour la troisième classe, ou les inoffensifs, qui se trouvent actuellement dans les asiles, dans les *workhouses* ou

en liberté dans un état accusant l'incurie ; de petits bâtiments, genre workhouses, faciles à trouver dans chaque province, satisferaient à cette indication ; que pour le présent, toute dépense pour la création ou l'agrandissement des asiles de district soit suspendue.

La commission estime que la dépense par an et par tête sera dans les *hospitals* d'aliénés de 26 livres, dans les *asiles* de 20 livres et dans les petits *workhouses* de 16 livres. Elle émet le vœu qu'un médecin-directeur, en passant d'un asile dans un autre, ne perde pas le temps qu'il a consacré au premier, et que ses honoraires soient fixés à un chiffre convenable, au lieu d'être basés sur le nombre des lits pour lequel l'asile a été construit. Elle voudrait enfin que l'administration pour les aliénés d'Irlande ressortît au contrôle général du comité du gouvernement local.

Ce travail de la commission semble très imparfait et insuffisant d'après les réflexions dont le fait suivre l'auteur qui en reproduit l'exposé.

La revue donne l'analyse des ouvrages suivants :

La Pathologie de l'esprit, par HENRI MAUDSLEY.

La vie de George Combe, par CHARLES GIBBON.

Hume, par le professeur HUXLEY.

Une nouvelle théorie du somnambulisme et sa portée sur le témoignage humain, par GEORGE M. BEARD. Mémoire lu à la société médico-légale de New-York.

Fragments philosophiques, par J. D. MORELL.

Aux « notes et nouvelles » se trouve le compte rendu des réunions trimestrielles des deux associations médico-psychologiques. L'association anglaise, réunie sous la présidence du Dr Crichton Browne, s'est occupée du Mémoire du Dr Savage sur l'hyosciamine. Dans un discours remarquable, le président constate que la véritable hyosciamine est encore à trouver.

Il prend ensuite la défense du Dr Lawson pris à partie dans le travail du Dr Savage, et considère le médicament comme d'une utilité incontestable, surtout chez les maniaques chroniques dangereux. M. le Dr Wickley affirme la nocivité de la substance pulvérulente que M. Savage a déclarée inerte. Il l'a trouvée toxique à la dose de 4/20 de grain. Après quelques réflexions des Drs Thompson, Crichton Browne, Sutherland, qui veut relever la strychnine, Ogle et Clapham, la société écoute la lecture, par M. Hack-Tuke, de deux mémoires du Dr Mac Léod ayant pour titre : 1° Notes sur un cas de paralysie générale des

aliénés avec une rémission commencée pendant une attaque d'érysipèle. 2o Notes sur un cas de paralysie générale traumatique. Dans la discussion qui a suivi, on s'est occupé des effets de la contre-irritation sur les paralytiques et de la méthode révulsive appliquée au traitement de la paralysie générale.

L'association écossaise s'est réunie à Glasgow, sous la présidence du Dr Gairdner. Au début de la séance, un malade a été présenté. C'est l'un des deux paralytiques généraux sans aliénation mentale qui, en 1876, ont fait l'objet d'un intéressant mémoire de M. Gairdner.

Ce malade a eu, depuis cette époque, des attaques épileptiformes, mais son état mental est resté satisfaisant. Le Dr Clouston montre ensuite des préparations microscopiques d'embolie pulmonaire provenant du sujet dont l'observation se trouve plus haut, aux notes et cas cliniques. La fin de la séance est remplie par une intéressante discussion sur un travail du Dr Carlyle Johnstone sur un cas d'aphasie sans lésion apparente de la circonvolution de Broca, mais avec une dégénérescence, visible au microscope, de cette circonvolution et des circonvolutions voisines.

L'observation a paru dans le journal médical d'Edimbourg de mai 1879.

A la fin de ce chapitre, se trouve le programme du cours du professeur Gairdner au Morisonian collège. Nous lisons aussi la nomination du Dr Clouston à la chaire des maladies mentales à l'Université d'Edimbourg.

Cette chaire est de création nouvelle en Ecosse.

Mind.

ANNÉE 1876-1879.

La *Revue trimestrielle* qui paraît sous ce titre depuis le 1^{er} janvier 1876, et que dirige le professeur G. Croom Robertson, est consacrée à l'étude de toutes les questions de psychologie et de philosophie : l'étendue de ce domaine, d'ailleurs différent, à bien des égards, de celui des *Annales médico-psychologiques*, nous interdit de le parcourir entièrement; nous ne pouvons donc que signaler la façon magistrale dont les questions de philosophie pure sont traitées par des écrivains tels que Bain, Max Müller, Helmholtz, Tylor, Jevons, Balfour, etc., nous bornant à rendre compte de ceux des mémoires

originaux dont le sujet rentre, à un titre ou à un autre, dans le cadre ordinaire du présent recueil.

La psychologie comparée de l'homme; par Herbert Spencer (n° I, janvier 1876).

Dans ce court travail, lu à l'Institut anthropologique de Londres, l'auteur ne s'est proposé d'autre but que de tracer à grands traits le programme des études d'anthropologie psychologique : de ce programme détaillé, mais en quelque sorte schématique, nous ne retiendrons que les trois grandes divisions : la première comprend l'étude du degré de l'évolution mentale, considéré d'une façon générale chez les diverses races humaines et en tenant compte tant de l'étendue que de la complexité des manifestations mentales; la seconde est consacrée à l'inégalité des deux sexes dans la même race et dans des races différentes; dans la troisième, rentre l'étude des caractères spéciaux de l'intelligence chez les diverses races.

L'anthropologie, dans la pensée de l'auteur, ne sera parfaitement utile au point de vue de ses applications, que lorsqu'elle ajoutera l'étude des caractères psychiques de l'homme à celle de ses caractères physiques, de ses productions et de ses arts; elle nous fournira sur le développement mental, considéré comme processus d'adaptation au milieu, des notions fécondes en applications sociales; et d'autre part, l'évolution mentale, étudiée en grand sur l'humanité entière, nous donnera la clef de l'évolution individuelle, nous aidant ainsi à trouver des méthodes plus rationnelles d'éducation et à élever par là le niveau des caractères et celui de la puissance intellectuelle.

La psychologie physiologique en Allemagne; par James Sully (n° I, janvier 1876).

L'auteur passe en revue les principaux progrès de la psychologie physiologique en Allemagne, tels qu'ils sont exposés dans le remarquable ouvrage de Wundt (*Grundzuge der physiologischen psychologie*, 1873-74); mais il insiste surtout sur deux théories qui sont propres à l'auteur allemand. La première est relative au principe de l'énergie spécifique des tissus nerveux; elle ne diffère pas sensiblement de la théorie ancienne, mais elle vise à la transformer pour la mettre en harmonie plus complète avec les acquisitions récentes de la biologie : Wundt admet que, dans l'état actuel du développement organique, la fibre nerveuse a des attributs que l'on ne

peut guère différencier d'une fonction spécifique; tôt ou tard, la différence de fonction entraînera la différenciation de structure; et il paraît résulter de la théorie de Wundt que, pour certaines régions cérébrales, cette différenciation existe déjà, bien qu'elle échappe encore à nos moyens d'observation. C'est, on le voit, la doctrine de l'évolution appliquée à la théorie de l'action nerveuse. La seconde théorie a trait aux processus de l'attention, envisagés au point de vue physique et mental; on peut la résumer ainsi : les opérations de l'aperception et de la réaction volitionnelle ne forment « qu'un processus unique par connexité » et dont le siège physiologique est le domaine de l'innervation motrice centrale. L'aperception et l'impulsion motrice volontaire « ne sont que des formes différentes de l'excitation volitionnelle », laquelle a son point de départ dans les régions antérieures de la substance corticale.

Qu'est-ce qu'une sensation? par G. H. Lewes
(n° II, avril 1876).

Le but de ce court travail est d'appeler l'attention sur l'ambiguïté des termes actuellement usités en psychologie; l'auteur, prenant pour exemple le mot *sensation*, auquel on attribue des significations très diverses, signale l'urgence qu'il y aurait pour les hommes de science à adopter d'un commun accord un système de symboles bien définis, il serait alors aussi impardonnable de dire *une sensation*, quand on veut parler d'une sensation plus un jugement, que de dire *oxygène*, quand on veut dire *acide carbonique*. — L'auteur formule là un vœu très louable, mais dont la réalisation ne paraît guère aisée : s'il ne s'agissait que d'une réforme de terminologie, la chose serait, sinon facile, au moins faisable; mais on peut se demander si le désaccord n'est pas plus profond, et ne porte pas sur les choses encore plus que sur les mots.

L'innervation centrale et la conscience; par le professeur Wundt, de Leipzig (n° II, avril 1876).

Les trois premières sections de ce travail sont consacrées par l'auteur à l'étude de l'excitation réflexe simple de la moelle et des différents trajets réflexes, de l'influence des ganglions spinaux sur l'excitation réflexe et des conditions qui la modifient, telles que les stimulations précédentes, la température, les agents toxiques; enfin l'excitation simultanée d'autres

nerfs ou des centres nerveux. — Dans la quatrième section, il s'applique à déterminer les qualités essentielles du processus réflexe et la nature de l'innervation centrale en général. Pour lui, chaque cellule ganglionnaire est simultanément le siège de deux processus, l'un de combustion, qui prédomine dans les cellules motrices et dont le résultat est un travail extérieur, l'autre de décomposition, qui prédomine dans les cellules sensitives et dans lequel tout travail extérieur disparaît. C'est ainsi que, sans avoir recours à la doctrine ancienne de l'énergie spécifique, on trouve dans ces propriétés mécaniques des cellules les conditions nécessaires à l'accomplissement des deux fonctions fondamentales du système nerveux, qui sont les suivantes : 1° en ce qui touche la sensation, recevoir les impressions extérieures et les faire passer à l'état latent ; et 2° en ce qui touche les mouvements réflexes et volontaires, convertir le travail emmagasiné en travail extérieur. Dans la cinquième section, M. Wundt cherche à définir les rapports qui existent entre l'innervation centrale et la conscience ; sa manière de voir peut se résumer ainsi : selon l'opinion ancienne, les faits de conscience constituent un domaine, au seuil duquel les lois naturelles cessent d'être applicables ; les actions volontaires, par cela même qu'elles sont déterminées par des motifs psychologiques, n'auraient dès lors aucun rapport de causalité avec les agents extérieurs. Mais ici intervient la loi générale de conservation de la force ; elle ne s'applique pas, il est vrai, aux faits psychologiques tels que l'association des idées, la détermination de la volonté, etc. ; mais dès que ces états intérieurs de l'esprit se traduisent par des mouvements extérieurs, ceux-ci tombent immédiatement sous le coup de cette loi de la conservation de la force : d'où ce postulat psychologique si important que « la cause intérieure de nos états mentaux et la cause extérieure de nos mouvements ne peuvent entrer en conflit. » Tout mouvement qui a une cause intérieure a nécessairement aussi une cause extérieure. Cette relation avait vivement frappé Leibnitz ; mais, entravé par le vieux préjugé métaphysique, il lui fallut, pour l'expliquer, invoquer un miracle continu, l'harmonie préétablie : aujourd'hui tout, en psychologie, tend à transformer le postulat ci-dessus en une vérité démontrée. Les processus étudiés reposent donc sur la connexité qui existe entre les impressions sensorielles et les mouvements, connexité entièrement basée sur les propriétés physiologiques des organes de la sensibilité et de leurs centres nerveux.

Quant à la nature précise de la cause physiologique, aussi bien que de la cause psychologique de nos actes volontaires, nous tenons tout au plus quelques-uns des fils qui peuvent nous conduire à la concevoir; mais elle est, dans l'état actuel de la science, inaccessible à toute démonstration directe.

La psychologie est-elle une science ou une méthode? par J.-A. Stewart (n° IV, octobre 1876).

L'auteur, après une discussion ingénieuse du problème qu'il s'est proposé, est amené à conclure que la psychologie est une méthode.

Conscience et inconscience; par G. H. Lewes (n° IV, avril 1877).

Dans ce mémoire, qui n'est qu'un chapitre détaché d'un ouvrage publié depuis sous ce titre : *La base physique de l'esprit*, l'auteur s'est appliqué, à propos de la question de l'automatisme, à déterminer la nature des états respectivement connus sous le nom de conscience et d'inconscience. On a coutume de dire que la conscience est nécessaire pour transformer une impression en sensation, et que la volition est, à proprement parler, un effort conscient : il en résulte que les actions inconscientes et involontaires paraissent être des modes d'activité d'un mécanisme non sentant, en d'autres termes, des actes réflexes. M. Lewes repousse cette théorie, et il s'appuie, pour la rejeter, sur la physiologie au moins autant que sur la psychologie : il se base sur ce fait que tout ce qui affecte une des parties constituantes de l'organisme nerveux affecte nécessairement du même coup tout l'ensemble de cet organisme, mais non pas fatalement d'une façon égale ; en partant surtout de ces données, il est amené à conclure que les états de conscience, de conscience imparfaite, et d'inconscience ne diffèrent entre eux que par le degré de complication des divers processus nerveux, dont la prépondérance relative dans le consensus détermine un degré de discernement proportionnel à cette prépondérance.

Esquisse biographique d'un nouveau-né; par Charles Darwin (n° VII, juillet 1877).

Il y a environ quarante ans, au cours des recherches qu'il poursuivait déjà sur l'expression des émotions, Darwin s'adonna à l'observation méthodique et suivie de l'un de ses enfants, qui venait alors de naître : les études de M. Taine sur le développement intellectuel du nouveau-né ont conduit l'il-

lustre naturaliste anglais à rechercher les notes qu'il avait à cette époque recueillies au jour le jour, et qui lui ont fourni la matière de cet article. L'auteur y étudie successivement l'apparition et la manifestation des actes réflexes les plus simples, puis de la vision, de la motricité, de la colère, de la peur, des sensations agréables, de l'affection, de l'association des idées, de la raison, du sens moral, et des modes divers de communication des idées. Un pareil travail échappe nécessairement à l'analyse, puisque son intérêt capital réside dans le détail minutieux et l'ordre chronologique des faits observés; mais il est quelques remarques générales que l'auteur a pris soin de formuler lui-même, nous ne pouvons mieux faire que de les reproduire textuellement : « Les besoins du nouveau-né sont d'abord rendus intelligibles au moyen de cris instinctifs; au bout d'un certain temps ces cris, en tant que moyens de communication des idées, sont modifiés, — d'une façon en partie inconsciente, mais aussi, du moins à ce que je crois, en partie volontaire, — à l'aide de l'expression inconsciente des traits, — puis à l'aide de gestes, et plus nettement encore, d'intonations différentes, — et enfin au moyen des mots : ces mots sont d'abord d'une nature générale, et inventés par l'enfant lui-même; bientôt ils prennent un caractère plus précis, et deviennent l'imitation des mots entendus; et alors ils sont acquis avec une rapidité extraordinaire. Le nouveau-né comprend jusqu'à un certain point, et, suivant moi, à une époque très précoce, ce que veulent ou ce qu'éprouvent les personnes qui l'entourent; c'est l'expression des traits qui le lui fait comprendre. Cela au moins n'est guère douteux en ce qui touche le sourire, et il m'a paru que l'enfant dont j'ai donné la biographie comprenait l'expression de la compassion très peu après l'âge de cinq mois; à l'âge de six mois et onze jours, il montrait une sympathie évidente pour sa bonne lorsque celle-ci faisait semblant de pleurer. A l'âge d'un an, lorsqu'il était satisfait d'avoir réussi dans quelque petite entreprise, il étudiait manifestement la physionomie de ceux qui l'entouraient. C'est probablement par la différence d'expression, et non pas seulement par les traits que certaines figures lui étaient visiblement plus agréables que d'autres, alors qu'il avait à peine plus de six mois. Avant d'avoir atteint un an, il comprenait les intonations et les gestes, ainsi que quelques mots et de courtes phrases. Il comprenait un certain mot, le nom de sa bonne, juste cinq mois avant le moment où il inventa son premier

mot (qui était *mum*); et c'est là du reste ce que l'on pouvait prévoir, d'après la facilité avec laquelle les animaux inférieurs apprennent à comprendre les mots parlés. »

L'oubli (Forgetfulness); par R. Verdon (n° VIII, octobre 1877).

Après avoir rappelé brièvement les opinions émises sur la nature et le mécanisme de la mémoire par Hamilton, Carpenter, Maudsley, Taine, etc., l'auteur décrit, avec d'ingénieux détails, deux formes particulières de l'oubli; dans l'une, la mémoire perd de sa profondeur, les mots n'ont plus la même intensité de signification, « l'expression survit à la réalité; » dans l'autre, il y a comme une déformation du souvenir; la mémoire d'un fait subsiste, mais les circonstances concomitantes sont rappelées à l'esprit sous des formes ou avec des relations inexactes.

Il est parfois avantageux d'oublier; bien des faits dont nous n'avons besoin de conserver le souvenir que durant un temps limité, encombreraient sans profit notre mémoire, s'ils y étaient indéfiniment retenus. Cette disparition de souvenirs ultérieurement inutiles se produit souvent d'une façon spontanée; elle peut aussi être favorisée par des procédés artificiels. — Il est difficile, actuellement, de déterminer dans quelle mesure on peut cultiver la mémoire sans nuire au jugement ou à l'imagination; on ne sait pas davantage dans quelle limite une mémoire spéciale est compatible ou incompatible avec une mémoire générale. Ces incertitudes commandent dans l'éducation de la mémoire une grande prudence, faute de laquelle cette éducation serait exposée à aller directement contre son but.

La question de la perception visuelle en Allemagne; par James Sully (n°s IX et X, janvier et avril 1878).

Dans ce travail étendu, la perception visuelle est surtout considérée dans ses rapports avec le problème de l'espace : la première partie du mémoire est cependant consacrée à un exposé méthodique et concis des recherches physiologiques faites en Allemagne sur la perception visuelle, et principalement de celles de Helmholtz et de Wundt; la deuxième partie est une comparaison critique des deux théories philosophiques opposées qui ont été déduites de ces recherches, la théorie intuitive et la théorie empirique; un court chapitre final traite des rapports de ces deux théories avec le problème philosophique de l'espace tel qu'il a été posé par Kant.

De la surdité aux notes; par Grant Allen (n° X, avril 1878).

Il s'agit d'une anomalie de l'audition assez comparable, dans l'ordre des phénomènes acoustiques, à cette anomalie de la vision, bien connue aujourd'hui sous le nom de cécité des couleurs. M. Grant Allen pense que ce vice d'organisation n'est pas très rare et que bien des personnes, que l'on dit être indifférentes à la musique, sont en réalité sourdes aux notes et à l'harmonie. Le sujet qu'a observé l'auteur est un homme de trente ans, instruit, chez lequel toute tentative d'éducation musicale avait naturellement échoué, et qui, conduit par le cours de ses études scientifiques à répéter quelques expériences classiques d'acoustique, acquit seulement alors une exacte notion de son infirmité. Il est dans l'impossibilité de distinguer la différence de hauteur de deux sons, à moins que cette différence ne soit très considérable : les variations peu considérables de hauteur qui différencient les notes échappent complètement à son appréciation. Lorsqu'il s'efforce de parvenir à cette appréciation, il paraît être considérablement influencé par le volume du son. — S'il essaye de chanter un air connu, c'est à peine si, dans son chant, on distingue une seule note juste; et encore ne paraît-elle être venue là que par hasard. Une dissonance ne lui est pas plus désagréable qu'une consonnance : pour mieux dire, l'une et l'autre lui sont également indifférentes. Il reconnaît quelques airs, mais seulement à la longue, et à force de les avoir entendus : il lui est d'ailleurs parfaitement indifférent qu'ils soient ou non chantés dans le ton. — D'autre part, il a l'ouïe très fine et distingue les uns des autres, aussi bien que qui que ce soit, les bruits non musicaux.

On peut donner de ces faits deux explications, l'une d'après laquelle la défectuosité organique serait centrale, l'autre d'après laquelle elle serait périphérique; dans le premier cas, chaque fibre serait excitée d'une façon normale, mais une sorte d'ataxie interviendrait pour empêcher les stimulations d'être perçues et différenciées; cette hypothèse explique les faits observés sauf un seul, l'impossibilité de distinguer une dissonance d'une consonnance. Aussi l'hypothèse périphérique est-elle préférable à la première, puisqu'elle rend compte de tous les faits; elle consiste à admettre une modification des organes de Corti, qui seraient, en pareil cas, mal adaptés à la fonction que Helmholtz leur a reconnue. M. Grant Allen espère que,

l'attention une fois attirée sur ce sujet, on recherchera et on examinera ces déshérités de l'harmonie, sans doute plus nombreux qu'on ne le soupçonne, — et parmi lesquels nous avons le regret de nous ranger nous-même.

La perception musculaire de l'espace; par G. Stanley Hall (n° XII, octobre 1878).

Les premières pages de ce mémoire sont consacrées à un exposé sommaire, mais assez complet, des recherches physiologiques dont le sens musculaire a été l'objet. L'auteur, s'appuyant sur les résultats ainsi obtenus, discute brièvement le côté philosophique de son sujet, et il est conduit par la double voie de la physiologie et de la philosophie à formuler la conclusion suivante : « Nous croyons qu'il est démontré, — dans un sens beaucoup plus fondamental que celui qu'avait conçu Bain, — que l'on ne peut pas davantage expliquer l'espace que la force, sans les muscles; et que les éléments sensitifs du tissu contractile constituent l'organe spécial de la perception de l'espace, antérieurement à l'expérience des sens spéciaux, le rôle de ces derniers consistant à élaborer extérieurement cette perception et à la mesurer, chacun suivant le mode qui lui est propre. »

Sommes-nous des automates? par W. James (de Harvard) (n° XIII, janvier 1879).

Il n'y a pas grand profit à tirer de la lecture de ce mémoire, qui n'est qu'une longue réfutation de la théorie de l'automatisme conscient, vulgarisée par le professeur Huxley. L'auteur insiste sur la prédominance et l'utilité de la conscience; ses arguments sont très disparates, et leur enchaînement n'est pas toujours d'une rigoureuse logique, ni d'une clarté parfaite. Cependant, le fond de sa doctrine paraît être la démonstration de la nécessité de la conscience à l'aide du postulat des causes finales.

Laura Bridgman; par G. Stanley Hall (n° XIV, avril 1879).

L'histoire de Laura Bridgman n'est pas nouvelle, et elle est assurément connue de nos lecteurs, car elle est rapportée dans presque tous les traités de philosophie et de psychologie qui ont été publiés depuis un quart de siècle. Le Dr Howe, qui s'était fait l'éducateur patient et dévoué de cette déshéritée et qui a réalisé chez elle des prodiges d'habileté pédagogique, a fait connaître dans des publications successives toutes les

particularités importantes de ce cas intéressent ; et ses différents mémoires, dont le dernier est de date récente, ont été largement mis à profit par les nombreux écrivains qui ont publié l'observation de Laura.

M. Stanley Hall, à qui a été donné récemment d'observer Laura Bridgman, a consigné dans un mémoire étendu les résultats de son examen ; mais il ne paraît pas avoir enrichi de détails bien importants la relation très complète que nous possédions déjà.

Le point de vue personnel de la responsabilité ; par L. S. Bevington (n° XIV, avril 1879).

La question de la responsabilité personnelle est étudiée dans ce travail au point de vue de la morale pure.

Une théorie empirique du libre arbitre ; par G. A. Simcox (n° XVI, octobre 1879).

M. Simcox justifie l'épithète d'empirique qu'il donne à sa théorie, en s'appuyant principalement sur des exemples ; il cite un grand nombre de cas, ingénieusement supposés, où l'homme se décide à faire ou à ne pas faire telle ou telle chose par instinct, par habitude, par éducation, et il convient que ces cas ne sont guère propres à suggérer l'idée de la liberté humaine ; mais il en cite d'autres où l'homme se décide en vertu d'un désir, ou même de la prédominance d'un désir sur un autre, et où sa décision n'est prise qu'après une délibération réfléchie : de ces derniers exemples, et de quelques autres, habilement choisis, il conclut à l'existence du libre arbitre, et il résume sa théorie à peu près en ces termes : l'action consciente et l'action volontaire sont des conceptions corrélatives (l'action accomplie dans ses conditions qui excluent la conscience est tenue, à juste titre, pour involontaire) ; l'action rationnelle consciente d'elle-même (*self-conscious*) et le choix délibéré entre des alternatives distinctement aperçues sont des conceptions corrélatives (dans une série d'actions continue, méthodique, poursuivie sans hésitation, la conscience personnelle et même toute réflexion nette portant sur le but primitif, tendent à disparaître, pour reparaitre dès que survient un motif d'hésitation).

Cette théorie de la liberté mitigée, très mitigée même, puisque la liberté de penser, la liberté de vouloir, se développent et se dégagent sur un fond d'automatisme, cette théorie de-

meure pourtant accessible à toutes les objections que voudront lui opposer les partisans du déterminisme. Car elle se confine dans le domaine subjectif, sans discuter, dans chaque cas ou groupe de cas, l'existence, la valeur ou la mesure des influences objectives.

ANNÉE 1880 (n° XVII).

I. *De la dépendance de la qualité vis-à-vis des énergies spécifiques ;*
par E. Montgomery.

Dans ce mémoire assez étendu, l'auteur émet d'abord l'avis que la distinction généralement admise entre la propriété et la fonction, tout en rendant d'importants services à la physiologie, demeure néanmoins l'un des principaux obstacles à une conception nette de la vie. La question de savoir si, dans l'évolution du monde, c'est le mouvement ou bien la sensibilité qui est le fait le plus fondamental, se ramène, en biologie, à la rivalité de deux théories, celle de l'énergie spécifique et celle de l'indifférence fonctionnelle du tissu nerveux.

Le conflit scientifique réduit à sa plus simple expression, s'élève entre le point de vue quantitatif et le point de vue qualitatif de l'existence. Au point de vue quantitatif, le monde paraît pouvoir se ramener uniquement à une combinaison objective de mouvements; au point de vue qualitatif, il se ramène à une combinaison subjective de sensations. Dans ces conditions, la qualité est-elle une simple fonction de la quantité? ou bien la quantité est-elle elle-même une sorte de qualité primitive? Tel est le problème, dit M. Montgomery, et il l'aborde résolument; on nous pardonnera de le quitter au seuil de cette question, dont il ne réussit pas toujours à percer l'obscurité naturelle; nous le retrouvons plus tard, sur un terrain moins spéculatif, se demandant où et comment s'accomplit en réalité dans l'organisme la synthèse des énergies spécifiques, comment se composent organiquement les sensations : sa réponse est ainsi formulée : « A moins d'abandonner entièrement l'idée de l'inhérence de la sensibilité, il faudra désormais considérer la névroglie comme le milieu où s'accomplit la synthèse des activités nerveuses élémentaires. Mais cette suprême synthèse ne peut s'accomplir qu'au moyen d'énergies spécifiques organisées, au moyen d'une disposition histologique dans laquelle se retrouve la valeur composée des diverses activités élémentaires. »

N° XVIII.

II. *La douleur et la mort* ; par Grant Allen.

Mémoire intéressant, qui complète à certains égards les vues émises par l'auteur, il y a environ trois ans, sur la nature du plaisir et de la douleur, en même temps qu'il répond à quelques objections parvenues à sa connaissance depuis la publication de son travail.

Nos XIX et XX.

III. *L'unité de l'individu organique* ; par Edmond Montgomery.

L'auteur pense que la théorie de l'évolution n'est jusqu'à présent connue que d'une façon empirique; l'évolution, dit-il, n'est pas scientifiquement intelligible en tant que puissance primordialement directrice de la vie; les efforts que l'on a faits pour appliquer les principes évolutionnistes aux propriétés fondamentales de la vie ont échoué. M. Montgomery se propose de démontrer que ni la Pangenèse de Darwin, ni la Polarigénèse de Herbert Spencer, ni la Perigénèse de Hæckel ne résistent à un examen attentif. La théorie cellulaire ne le satisfait pas complètement, et à la fin de son long mémoire, il formule ainsi sa conception de la vie : « L'organisme individuel ne constitue qu'une seule unité chimique. » Cette manière de voir fournit, à son sens, une explication facile et scientifiquement légitime des phénomènes les plus obscurs de la vitalité.

Toutes les portions du protoplasma unique de l'individu organique, et en particulier celles que l'on désigne sous le nom de germes, doivent être considérées dans le sens le plus rigoureux du mot, comme des *radicaux* chimiques, tantôt saturés, tantôt ayant des atomicités libres, lesquelles, une fois satisfaites, rétabliront l'équilibre chimique du composé. Dans ces conditions, les activités fondamentales de la vie peuvent être conçues comme consistant en une action chimique, unique et continue, fonctionnellement tenue en échec par les influences extérieures. Pour distinguer sa théorie de la théorie cellulaire, l'auteur lui a donné le nom de théorie de la Spécification.

D^r R. DE MUSGRAVE CLAY.

BIBLIOGRAPHIE

Traité clinique et pratique des maladies mentales; par M. Luys, membre de l'académie de médecine, médecin de la Salpêtrière. — Paris, Adrien Delahaye, 1884.

M. Luys s'est efforcé de donner une base anatomo-physiologique à l'étude de la médecine mentale, œuvre qu'avant lui personne n'a encore tentée, et bien digne d'être entreprise par le savant médecin de la Salpêtrière. Son livre est, à la fois, le résumé des découvertes modernes en anatomie et en physiologie cérébrales, et l'on connaît la part qu'il a prise à ces découvertes, et une étude des phénomènes psychiques normaux et morbides basée sur les données scientifiques nouvelles. Cette méthode est celle qu'on emploie en médecine ordinaire : on étudie un organe, son anatomie, ses fonctions, puis on recherche les causes de la déviation de ces fonctions qui sont les maladies. C'est ainsi que Bouillaud a étudié le cœur. Pourquoi ne pas agir de même quand il s'agit du cerveau ? La psychiatrie n'arrivera au niveau des autres sciences que quand elle aura été étudiée d'après les méthodes positivistes. M. Luys affirme que nombre de bons esprits jugent dans ce sens et nous sommes heureux de cette affirmation.

Bien des phénomènes sont encore incompris, bien des hypothèses sont hasardées; mais on est surpris, en revanche, en lisant le livre, de voir combien des réactions, des faits mieux étudiés viennent corroborer certaines théories. Mais il faut au préalable, et l'auteur revient à plusieurs reprises sur ce point, se dépouiller de toute idée spéculative préconçue.

Le cerveau, comme tout autre organe, fonctionne d'une façon fatale : ses cellules sont impressionnées et réagissent d'une manière inéluctable. Des modifications moléculaires peuvent bien rendre leurs propriétés plus ou moins actives, et alors les réactions seront perverses, mais elles se feront toujours d'après les mêmes lois. Des groupes de cellules peuvent être frappés d'une inaction momentanée ou permanente, soit par trouble circulatoire, soit par désorganisation; les autres groupes continuant à fonctionner, le résultat final du travail céré-

bral sera évidemment troublé. Mais, dans ces cas encore, aucune loi physiologique n'aura été violée, aucune propriété inhérente à la cellule n'aura été échangée.

C'est ce principe qu'on retrouve sans cesse dans tout le cours du *Traité des maladies mentales*.

Le livre de M. Luys est particulièrement condensé. Des aperçus nouveaux y sont énoncés en quelques pages. Certaines parties importantes sont de vrais résumés. C'est ce qui en rend l'analyse succincte très difficile. Nous ne pouvons, dans le peu d'espace qui nous est réservé, que donner une idée de l'œuvre. La lecture en est nécessaire pour l'apprécier sainement.

Le *Traité des maladies mentales* est divisé en trois parties : l'anatomie, la physiologie et la pathologie. Cette troisième partie ne comporte que les deux tiers de l'ouvrage ; mais à la suite de chaque donnée anatomique ou physiologique étudiée dans les deux premières parties, on trouve de très nombreuses déductions pathologiques.

4^{re} partie : *Anatomie*. C'est un compendium d'anatomie cérébrale. Au moyen de figures demi-schématiques intercalées, M. Luys expose, aussi clairement que possible, l'état des connaissances actuelles, ne se livrant à aucune controverse et ne s'étendant que sur les parties intéressantes par les déductions physiologiques et pathologiques qui en dérivent. C'est ainsi qu'il montre que toutes les fibres, émanées des plexus sensitifs périphériques et aussi des plexus organiques, arrivent aux centres optiques et à la substance grise du troisième ventricule. Que de là, des nouvelles fibres, faisant médiatement suite aux précédentes, se rendent aux milliers de cellules sensitives de l'écorce. Ces cellules sensitives, petites, sous-méningiennes, communiquent entre elles et avec des cellules plus grandes, les cellules psycho-motrices qui leur sont sous-jacentes. Ces dernières envoient leurs prolongements devenus de nouvelles fibres blanches aux noyaux striés et aux *noyaux sous-optiques* parmi lesquels M. Luys comprend les olives bulbaires. On trouve là une analogie complète avec la disposition des cellules sensitives et motrices de la moelle. On peut conséquemment en déduire une analogie fonctionnelle, c'est-à-dire l'existence des réflexes cérébraux.

Grâce à la présence des noyaux sous-optiques, les systèmes des fibres convergentes supérieures et des fibres convergentes inférieures sont parfaits et ne présentent plus d'exception. Ce dernier aperçu est inédit. Avec la négation des nucléoles des

cellules nerveuses qui ne seraient que les résultats des manœuvres de préparations (section d'un prolongement au niveau de son lieu d'émergence), c'est tout ce que nous trouvons que M. Luys n'ait pas publié dans des travaux antérieurs.

Plus loin, des considérations sur l'indépendance de la circulation dans l'écorce et dans les parties centrales du cerveau, les conséquences pathologiques qui en découlent. Puis des remarques sur la pauvreté des anastomoses des artères qui finissent par s'épuiser sur place après avoir envoyé des rameaux penniformes, d'où l'indépendance fonctionnelle des différentes régions.

2^e partie : *Physiologie*. — Cette seconde partie, malgré le titre de l'ouvrage, nous paraît être la plus importante. C'est un véritable énoncé de principes. Mais là, plus encore qu'ailleurs, le livre est condensé, chaque phrase porte. Nous allons quand même chercher à le résumer de notre mieux :

Pour se rendre compte des fonctions du cerveau, pour faire une psychologie *réaliste* (expression de M. Luys), il faut faire table rase de tous les principes philosophiques de l'école qui ne s'appuient sur rien de positif. L'unité sentante, le Moi des philosophes n'est même pas une unité, et voici comment il faut le comprendre : « C'est une suite de phénomènes emboîtés, de processus physiologiques coordonnés, développés dès les premiers vagissements de l'enfant et qui ont fini par créer la notion fictive du Moi. C'est une notion contingente entretenue par l'artifice du langage. » Et à l'appui, M. Luys cite ces cas de personnalité accrue ou diminuée chez des sujets ayant des troubles somatiques du cerveau, les paralytiques généraux entre autres.

Le Moi est donc un acte physiologique instable comme tout acte physiologique.

Mais comment expliquer la personnalité psychique ?

L'anatomie va nous éclairer :

Il y a, dans le cerveau, une surface composée de cellules sensitives, lesquelles reçoivent les aboutissants de toutes les fibres nerveuses émanées de toutes les parties sensibles de l'économie, aussi bien de la surface que de la profondeur des organes. Quand une sensation est perçue dans un point quelconque du corps, le point sympathique de cette surface sensible du cerveau la perçoit aussi et cela nécessairement.

D'où le nom de *sensorium commune* donné à cette surface. D'un autre côté, le *sensorium* reçoit aussi les fibres émanées

des surfaces sensorielles et se trouve par cela même en rapport avec le monde extérieur. Comme les cellules du sensorium sont anastomosées entre elles, les impressions perçues en un point se propagent dans toutes les directions. Le sensorium synthétise, par conséquent, toutes les impressions internes, externes et sensorielles. C'est dans son sein qu'elles entrent en conflit les unes avec les autres. De ce conflit entre les impressions objectives et subjectives résulte le véritable Moi psychologique.

Ceci établi, on peut, quoique un peu arbitrairement peut-être, diviser les phénomènes de la cérébration en psychiques et intellectuels proprement dits.

Ces deux ordres de phénomènes ne sont que les conséquences des trois propriétés primordiales de la cellule : la *sensibilité*, propriété en vertu de laquelle elle perçoit les impressions, l'*automatisme* par lequel elle réagit *suo modo* et enfin la *phosphorescence organique* par laquelle elle conserve l'éréthisme dans lequel l'impression l'a placée, de façon à pouvoir encore émettre un véritable courant nerveux alors que la cause incitatrice a cessé d'agir.

Le sensorium a pour attribut fondamental l'*émotivité* qui n'est que la sensibilité spéciale des cellules qui le composent.

Les cellules du sensorium perçoivent les incitations sensorielles et en éprouvent un choc qui, selon la nature de l'impression, est agréable ou pénible. Le sensorium entre ainsi en éréthisme dans un sens absolument en rapport avec celui de la cause. Il réagit à son tour en vertu de l'autonomisme, et la réaction, elle aussi, est nécessairement en harmonie avec la nature du choc et par suite de l'incitation première. Ce processus est inéluctable. La vue d'une action injuste, par exemple, produira toujours une réaction pénible dans le sensorium et réciproquement.

Ensuite, par l'intermédiaire d'autres territoires cellulaires, l'impression sera transmise au loin sous des formes diverses.

Dans les cas pathologiques, quand les conditions du substratum organique sont modifiées, l'émotivité est troublée. C'est ainsi que les cellules peuvent rester en éréthisme indéfiniment après la disparition de la cause de l'éréthisme, exemple : les sujets en proie à une émotion fixe. Des causes subjectives peuvent aussi troubler l'émotivité, exemple : les lypémanies anxieuses, etc. On sait l'importance étiologique de l'émotivité dans les maladies mentales (Guislain, M. Baillarger).

C'est par l'*automatisme* que les idées (anciennes impressions sensorielles emmagasinées à l'état de souvenir) se succèdent les unes aux autres, car nous ne conduisons pas nos idées, nous les suivons (Carpenter).

En pathologie, l'*automatisme* surexcité ou déprimé produit, suivant les régions lésées, soit des associations d'idées extravagantes, soit une excitation désordonnée, soit une apathie invincible.

Quant à la *phosphorescence organique*, elle est particulièrement la raison de la mémoire. Comme dans les cas précédents, les anomalies de cette fonction dérivent d'une modification moléculaire des cellules.

Nous passons maintenant aux phénomènes purement intellectuels. Ils constituent ce qu'on appelle généralement l'intelligence et le jugement. Ils sont certainement localisés puisqu'ils peuvent être frappés ou épargnés isolément.

Dans tout jugement, il y a une suite plus ou moins complexe de processus qui dépendent les uns des autres, mais qu'on peut toujours ramener au simple et unique processus suivant :

1^{er} acte : le sensorium est impressionné; 2^e acte : il entre en éréthisme dans un certain sens. C'est le moment le plus délicat, car cet acte implique la participation des éléments de la personnalité intime avec toutes ses réserves sensitives; 3^e acte : le sensorium incline forcément dans le sens qui répond le plus à la satisfaction de ses affinités latentes. C'est le début de la volition. Ce processus est inéluctable : une vérité est vraie pour tous les hommes et dans tous les temps. Mais en dehors des données scientifiques, rien n'est aussi variable que les jugements humains, et cela « à cause des événements de la vie dans lesquels l'homme est engagé et dans lesquels sa personnalité psychique, sous forme d'intérêts personnels à satisfaire, est si fortement engagée. »

La volonté est l'acte qui dérive de la cérébration précédente; elle est, par conséquent, aussi fatale qu'elle.

Les incitations volontaires sont ensuite envoyées, des cellules psycho-motrices, aux différents ganglions striés et sous-optiques. En ces endroits, elles entrent en conflit avec les incitations motrices émanées du cervelet et l'innervation, en fin de compte, est transmise au loin aux différentes régions spinales.

Telle est la théorie de M. Luys. Que le cerveau soit sain ou qu'il soit lésé, il fonctionnera toujours de cette même manière. Dans le dernier cas, les résultats seront troublés, mais cela,

sans qu'aucune des propriétés inhérentes à la cellule soit changée, sans qu'aucune propriété nouvelle soit surajoutée.

C'est dans les troubles de la circulation qu'il faut chercher les causes de la plupart des lésions élémentaires du cerveau. La cellule, pour vivre normalement, a besoin d'une irrigation déterminée, l'hypérémie exagère son fonctionnement, l'ischémie le diminue. Mais les troubles circulatoires peuvent ainsi être consécutifs aux modifications de la cellule. On sait, en effet, qu'un travail exagéré de l'élément entraîne *ipso facto* l'hypérémie. D'où l'importance des causes morales dans l'étiologie de la folie.

La partie physiologique du *Traité des maladies mentales* se termine par des considérations sur l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères cérébraux, indépendance seule capable d'expliquer certains états morbides : hallucinations avec conscience, perceptions conscientes dans un accès de délire, etc. M. Luys pense que souvent un des hémisphères devient malade avant l'autre et que, dans ces cas, l'aliéné, à un moment donné, a une certaine conscience.

La troisième partie du livre est consacrée à la pathologie. M. Luys, comme les autres auteurs, s'occupe d'abord de la pathologie générale. Là, nous ne trouvons rien à signaler particulièrement. Les causes, les symptômes, la marche des maladies mentales sont présentés de la même façon que dans les autres ouvrages modernes. M. Luys, si exclusif quant aux doctrines, ne rejette pas, bien au contraire, les résultats acquis, quelle que soit l'école qui les ait donnés. Mais c'est naturellement sur l'anatomie pathologique qu'il s'étend le plus, c'est une conséquence de l'esprit de son livre et c'est par son moyen qu'il s'efforce d'expliquer la plupart des phénomènes morbides.

L'article anatomie, comprend la description des lésions vasculaires, de celles de la névroglie, de celles des couches optiques dans l'hallucination chronique. Il se termine par une remarque nouvelle sur les résultats des pesées cérébrales : presque toujours, chez les aliénés, l'hémisphère droit est plus pesant que le gauche. On sait que le contraire est à peu près la règle chez les sujets non aliénés.

Pour ce qui est du traitement en général, c'est avant tout l'isolement qui est recommandé, les bains prolongés ont aussi en M. Luys un partisan fervent. Il réserve exclusivement les douches pour les états de dépression.

L'étude de la pathologie spéciale commence par une classifi-

cation nouvelle des maladies mentales. Le point de départ en est la cellule et ses propriétés dynamiques.

Tous les états morbides se résument en ces deux faits : exaltation ou dépression anormales des propriétés de la cellule et ces deux manières d'être s'accompagnent : l'exaltation, d'hypérémie; la dépression, d'ischémie. L'hypérémie et l'ischémie sont les *expressions somatiques posthumes* du travail cellulaire.

Maintenant que toutes les cellules cérébrales soient déviées dans le même sens ou que les unes le soient dans un sens et les autres dans un autre ; il en résultera des rapports multiples anormaux. Ce seront les différents états psychopathiques. C'est dans ces divisions préétablies que M. Luys fait entrer tous les cas cliniques.

Tout d'abord il range les cas cliniques en deux grands groupes : le premier comprend ceux dans lesquels les troubles psychiques sont transitoires (manie, lypémanie, etc.). Le second comprend ceux dans lesquels ils sont permanents, liés à des lésions fixes (paralyse générale, tumeurs cérébrales).

Quoi qu'il en soit de cette classification, les espèces morbides généralement reconnues y prennent toutes place. Les hallucinations seules sont considérées à un point de vue tout à fait nouveau. M. Luys en fait un processus particulier qu'il compare à celui de la paralysie générale. Quant à la démence, il ne la considère pas comme étant identique avec elle-même. C'est le degré ultime de toute psychopathie, mais ce n'est pas une entité. On pourrait dire que chaque maladie a sa période ultime ou *déméntielle*. C'est ainsi qu'on a des maniaques, des hallucinés démments parfaitement reconnaissables en clinique. Mais, à la vérité, toutes les démences ont un certain nombre de caractères communs.

Il serait inutile de suivre M. Luys dans les descriptions de toutes les espèces qu'il étudie successivement. Nous nous arrêterons cependant un peu au chapitre des hallucinations.

Les hallucinations et illusions sensorielles constituent un processus *sui generis*, quoique ces phénomènes puissent se produire comme symptômes dans d'autres états morbides. L'halluciné vit et meurt halluciné. Sa position est comparable à celle de l'épileptique par exemple. Il y a entre le processus hallucinatoire et la paralysie générale une analogie évidente. Cette manière de voir nous semble logique, étant donné le résultat des recherches anatomiques de MM. Luys et Ritti sur

cette affection; et il est possible que le processus hallucinatoire ait un avenir scientifique pareil à celui de la paralysie générale.

La partie anatomo-pathologique de cette étude est accompagnée de planches très intéressantes. D'après M. Luys, la marche de cette affection est envahissante et, après des rechutes successives, le malade arrive à la période dernière, la démence.

C'est à ce processus que M. Luys rattache le délire de persécution et la manie raisonnante, deux psychopathies, la première surtout, que nos maîtres nous avaient appris à spécialiser.

M. Luys continue sa pathologie spéciale par l'étude des autres hypéremies partielles : nous voyons là les manies partielles : impulsives, émotives, intellectuelles. Mais les descriptions se confondent avec celles des auteurs classiques. Nous en dirons autant de la manie généralisée (hypéremie générale) et des différentes classes d'ischémies générales ou partielles : (lypémies simples, avec conscience, etc.). De même encore des lypémies anxieuses, hallucinatoires, de la folie à double forme (hypéremies et ischémies combinées ou alternées).

L'ouvrage se termine par la description de la paralysie générale (sclérose du tissu de la névroglie). Quatre planches microphotographiques viennent à l'appui de l'anatomie pathologique. Enfin un dernier chapitre est consacré aux agénésies (idiotie et imbecillité) qui ne sont que des infirmités.

Nous ferons remarquer qu'à proprement parler, M. Luys n'érige pas une classification nouvelle, puisqu'il maintient à peu près toutes les espèces nosologiques anciennes, sauf le processus hallucinatoire qu'il inaugure et dans lequel il englobe le délire des persécutions et la manie raisonnante. C'est plutôt un classement nouveau qu'une classification nouvelle qu'il nous donne.

Les folies par intoxication seront l'objet d'un travail qui paraîtra plus tard.

Telle est l'analyse, mais trop concise selon nous, du *Traité des maladies mentales*.

En résumé, M. Luys inaugure la méthode positiviste dans l'étude des psychopathies. Nous estimons qu'au point où en est la science, son livre était absolument nécessaire; mais, comme guide exclusif, nous trouvons qu'il est insuffisant dans l'étude de la folie. Nous espérons que M. Luys, dont nous admirons

la science et la méthode, nous pardonnera notre dernière appréciation.

Nous souhaiterions que les prochaines éditions continssent deux volumes : le premier exclusivement consacré à l'exposé et à la discussion de la doctrine ; le second à la pathologie, avec des chapitres descriptifs plus étendus sur les délires et sur les circonstances cliniques.

D^r L. CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— The treatment of the insane ; par le D^r Charles F. Folsom ; Cambridge 1884 ; br. in-42.

— Nerve-Stretching ; par les D^{rs} Christian Fenger et E. W. Lee. Chicago, 1884, br. in-8.

— The Asylum Journal for 1884 ; par les médecins en chef de l'asile public d'aliénés de la Guyane anglaise. Berbice, 1882, br. in-8.

— Le poids du cerveau d'après les registres de Paul Broca ; par Paul Topinard. Paris, 1882, br. in-8.

— Des propriétés physiques (force neurique rayonnante) d'une force particulière du corps humain ; par le D^r Baréty. Paris, 1882, br. in-8.

— Twenty-Sixth annual report of the Trustees of the state lunatic hospital of Northampton. Boston, 1882, br. in-8.

— L'homme criminel comparé à l'homme primitif ; par le Dr Lacassagne. Lyon, 1882, br. in-42.

— La riproduzione delle percezioni di movimento nello spazio visivo ; par le D^r Gabr. Buccola. Milan, 1882, br. in-8.

— Asile Sainte-Anne : inauguration de l'école professionnelle d'infirmiers et infirmières ; leçon d'ouverture par M. le D^r Dagonet. Paris, 1882, hr. in-8.

— Die Körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen ; par Paul Flechsig. Leipsig, 1882, br. in-8.

— Trance and muscle reading ; par le D^r G. M. Beard. New-York, 1882, br. in-8.

— Considérations sur l'hygiène des aliénés ; par le D^r L. A. Pomponne ; thèse de Paris, 1882, br. in-8.

— The case of Guitau ; par le Dr Ch. F. Folsom. Boston, 1882, br. gr. in-8.

SOUSCRIPTION

POUR LE

BUSTE DU DOCTEUR MARCHANT

Dans sa séance du 27 juin 1881, la Société médico-psychologique a nommé une commission chargée de rechercher les moyens d'honorer la mémoire du Dr Marchant, directeur-médecin de l'asile des aliénés de Braqueville près de Toulouse, qui venait d'être tué par un de ses malades.

Dans la séance du 24 avril 1882, la commission a proposé à la Société de s'associer à la Société de médecine de Toulouse et à l'asile de Braqueville, représenté par sa commission de surveillance, pour faire faire un buste du Dr Marchant. Ce buste serait placé, à titre de monument commémoratif, dans une des principales salles de l'asile, probablement dans la bibliothèque médicale, composée en majeure partie des livres du Dr Marchant, donnés par son fils. Afin de permettre à tous les médecins aliénistes et à tous les collègues du Dr Marchant de participer à ce témoignage de sympathie confraternelle, la Société a décidé qu'une souscription, dont le montant serait fixé à 5 francs, serait ouverte parmi les membres de la Société médico-psychologique, les directeurs et les médecins d'asile. Elle est convaincue, que tous tiendront à honneur de contribuer à perpétuer le souvenir du Dr Marchant, tombé victime du devoir professionnel.

Les souscriptions peuvent être adressées, dès aujourd'hui, au secrétaire-trésorier de la commission, M. le Dr Bouchereau, médecin de l'asile Sainte-Anne, à Paris.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêté du 28 février 1882. — M. le Dr BESSIÈRE, ancien interne de l'asile d'aliénés d'Evreux, a été nommé médecin adjoint du même établissement en remplacement de M. le Dr Lisle, décédé (2^e classe, 2,500 fr.).

M. le Dr MARTINENCQ, ancien interne des asiles de Vaucluse et de Charenton, a été nommé médecin adjoint de l'asile Saint-Yon, en remplacement de M. le Dr Schils, nommé au même titre à l'asile de Ville-Evrard (2^e classe, 2,500 fr.).

Arrêté du 7 mars 1882. — M. le Dr FÉVRÉ, ancien interne de l'asile de Maréville, a été nommé médecin adjoint de l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse), en remplacement de M. le Dr Longeaud, nommé directeur-médecin à Rodez (2^e classe, 2,500 fr.).

NÉCROLOGIE.

Dr DAGRON. — Le Dr Dagron a succombé le 44 avril, à l'âge de 68 ans, à la maladie qui le tenait éloigné depuis plusieurs années des sociétés médicales auxquelles il appartenait.

Jules Dagron, ancien élève de Ferrus, était entré dans le service des aliénés, le 20 janvier 1843, comme médecin préposé-responsable du quartier d'aliénés de Fontenay-le-Comte, qui recevait alors la majeure partie des aliénés de la Vendée. Il contribua par ses efforts à la construction de l'asile départemental de la Grimaudière, à la Roche-sur-Yon, dont il devint le directeur-médecin le 1^{er} janvier 1853. Il y organisa notamment sur une large échelle l'exploitation agricole et maraîchère. C'est principalement en raison de ces aptitudes spéciales que le Dr Dagron fut appelé successivement à la direction médico-administrative des asiles de Bonneval (1^{er} janvier 1862), de Prémontré (1^{er} janvier 1867) et de Ville-Evrard (1^{er} janvier 1868), qui possèdent, tous les trois, de vastes domaines affectés à la culture.

C'est dans ce dernier établissement que Dagron a pris sa retraite, le 4^{er} janvier 1877, et qu'il a été nommé directeur-médecin honoraire.

Si Dagron n'a pas publié beaucoup de travaux scientifiques, il a été, sans contredit, l'un de nos meilleurs administrateurs d'asiles. Nous avons de lui plusieurs bonnes observations publiées dans les *Annales médico-psychologiques*, des rapports mé-

dico-administratifs ; une notice sur l'*asile d'aliénés de Prémontre* (1867), et un volume de 200 pages publié en 1875, chez Delabaye, sous le titre : *Des aliénés et des asiles d'aliénés*.

Dagron était membre titulaire de la Société médico-psychologique et chevalier de la Légion-d'Honneur. Nous ne lui connaissons que des amis.

LOLLIOT. — Le Dr Lolliot, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société médico-psychologique, l'un des fondateurs et directeurs de la maison de santé de Suresnes (Seine), est décédé le 12 février 1882 à l'âge de 42 ans.

PAIN. — Le Dr Pain qui, après avoir rempli, pendant plusieurs années, le poste de médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Clermont (Oise), était venu s'établir à Paris comme praticien, y est décédé le 19 février dans sa 54^e année. Nous avons de Pain deux mémoires publiés sous le titre de : *Hygiène morale de la folie appliquée dans les grands asiles*, Paris, 1861 ; et *Des divers modes de l'Assistance publique appliqués aux aliénés*, Paris, 1865.

VOEUX ÉMIS PAR LES CONSEILS GÉNÉRAUX SUR LE SERVICE DES ALIÉNÉS
DANS LES SESSIONS DE 1879 ET 1880.

Eure-et-Loir. — Le conseil émet le vœu que la pension de retraite des directeurs-médecins des asiles d'aliénés soit mise à la charge de l'Etat (session extraordinaire d'octobre 1879 et session d'août 1880).

Gironde. — Le conseil émet le vœu que l'asile des aliénées de Bordeaux soit profondément remanié dans sa situation matérielle, ou qu'il soit reconstruit sur un autre emplacement dans la banlieue de Bordeaux (session d'août 1879).

Loir-et-Cher. — Le conseil émet le vœu qu'à l'occasion du renouvellement des commissions hospitalières, le gouvernement renouvelle les commissions de surveillance des asiles départementaux d'aliénés (session d'août 1879).

Puy-de-Dôme. — Le conseil émet le vœu que la loi du 30 juin 1838 soit modifiée, en ce sens que l'autorité administrative ne puisse prendre que des mesures provisoires, mais que le placement définitif soit du ressort de l'autorité judiciaire.

Provisoirement, et en attendant une modification dans la loi, comme il importe que la surveillance sur les aliénés soit rigoureuse, il demande qu'une instruction ministérielle fixe aux magistrats instructeurs un nombre déterminé de visites par mois avec procès-verbal détaillé (session d'août 1880).

Sarthe. — Le conseil émet le vœu que les pensions de retraites des directeurs et médecins en chef des asiles d'aliénés, étant une trop lourde charge pour les caisses départementales de retraite, soient mises au compte du Trésor (session d'avril 1879).

Seine-Inférieure. — Le conseil émet le vœu que le ministre de l'Intérieur mette à l'étude l'organisation d'un corps spécial

de surveillants des asiles d'aliénés analogue à celui qui existe pour les prisons (session d'avril 1879 ; renouvelé aux sessions d'août 1879 et 1880).

Turn. — Le conseil émet le vœu que l'Etat prenne à sa charge le contingent d'entretien des aliénés actuellement à la charge des départements (session d'août 1880).

CONCOURS DE L'INTERNAT DE L'ASILE DE BORDEAUX

Un concours pour deux places d'interne en médecine à l'asile de Bordeaux, s'ouvrira dans cette ville, le 40 juillet 1882, à midi précis, à l'Institut anatomique de Saint-Côme, rue Lalande.

Les candidats devront se faire inscrire, 145, cours Saint-Jean, bureau de la direction. Le registre restera ouvert tous les jours de 4 heure à 4 heures du 4^{er} au 25 juin.

ASILE DE VILLEJUIF

Le 6 décembre 1879, le conseil général de la Seine a voté un crédit de 500,000 fr., dont 484,492 fr. pour l'acquisition des terrains nécessaires à l'établissement d'un asile-hospice d'aliénés à Villejuif, et 15,508 fr. pour frais divers. Le 30 novembre 1880, le conseil général a approuvé les plans et devis du nouvel asile s'élevant à 4,214,383 fr. 47 et alloué un nouveau crédit de 676,556 fr., dont 200,000 fr. pour complément d'acquisition de terrains et 476,556 fr. pour commencement d'exécution des travaux. Enfin, le 30 novembre 1881, le Conseil a voté une nouvelle somme de 885,936 fr. 53 pour les travaux de construction.

Les indemnités allouées par le jury d'expropriation ayant dépassé de 130,735 fr. les prévisions de l'administration, le préfet a demandé au Conseil général, qui y a consenti, sur le rapport de M. Bourneville, l'autorisation de compléter le crédit de 500,000 fr. primitivement voté, par le prélèvement de la somme supplémentaire de 130,735 fr. sur les 476,556 fr. alloués par la délibération du conseil, en date du 30 novembre 1880 pour commencement d'exécution des travaux. Après ce prélèvement, l'administration aura à sa disposition, pour commencer les travaux, une somme de 4,434,757 fr. 38.

SOUSCRIPTION POUR L'ÉRECTION D'UNE STATUE A PHILIPPE PINEL

Septième liste.

M. le docteur Luys.....	100 fr.
M. le docteur Hack Tuke, de Londres.....	100
M. le docteur Marcel Briand.....	10
M. le docteur Semclaigne (deuxième versement).....	200
M. le docteur Charpentier.....	20
Total.....	430
Listes précédentes.....	44,824
Total général.....	45,254 fr.

FAITS DIVERS.

Tentative de meurtre sur un médecin d'asile d'aliénés en Amérique. — M. le D^r Gray, membre associé de la Société médico-psychologique, médecin en chef directeur de l'asile d'aliénés d'Utica, a été, le 16 mars dernier, victime d'une tentative de meurtre. M. le D^r Gray revenait de Washington où il avait été appelé à examiner, avec l'attorney de district S. Corkbill, le « bill of exceptions » dans l'affaire de Guiteau, l'assassin du président Garfield ; il était assis dans son cabinet, avec son fils, le pasteur de l'asile et le médecin adjoint, M. le D^r de Blume, quand l'assassin entra brusquement et tira sur lui un coup de revolver. La balle pénétra dans la joue gauche, au niveau de l'os malaire, un peu au-dessous de l'œil ; elle traversa toute la face et vint sortir par la joue droite à sept centimètres environ au-dessous de l'œil droit. L'hémorragie fut extrêmement abondante ; l'œdème du visage ne permit pas tout d'abord de se rendre compte de l'étendue des lésions, qui heureusement furent moins graves qu'on ne l'avait soupçonné. Aux dernières nouvelles l'état de M. le D^r Gray était assez satisfaisant.

Nous ne savons pas encore si l'assassin est un aliéné, cependant les détails que nous avons reçus le laissent supposer. Après son arrestation il déclara aux autorités qu'il avait voulu tuer le D^r Gray parce que Dieu le lui avait ordonné. Le D^r Gray fabrique, dit-il, des aliénés dans son asile, et a tenté de l'empoisonner lui-même avec de l'aconit. Cet homme, d'origine allemande, n'a jamais été traité dans l'asile comme aliéné ; il était le professeur de natation des enfants du D^r Gray.

Aussitôt après son crime, il s'est enfui précipitamment. Pour suivi par le fils du D^r Gray et par le médecin adjoint, il a tiré sur eux un coup de revolver. Il avait sur lui cinq autres revolvers chargés à six coups, plus de deux cents cartouches et un long couteau espagnol. Il a été soumis à l'examen d'une commission médicale.

Cet événement a produit une profonde impression. M. le D^r Gray est un savant justement considéré dans son pays, et l'attentat auquel il a failli succomber lui a valu de toutes parts des témoignages de vives sympathies. La Société médico-psychologique de Paris, dès qu'elle a connu cette triste nouvelle, a chargé son secrétaire général d'adresser à M. le D^r Gray ses vœux les plus sincères pour le prompt rétablissement de sa santé.

A. M.

Meurtre d'un médecin aliéniste par un malade. — Le 6 janvier dernier, M. le D^r Adams, médecin adjoint à l'asile de Kalamazo (Michigan), a été frappé d'un coup de canif par un malade ; il a succombé le lendemain. Un surveillant, en cherchant à désarmer l'aliéné qui avait porté le coup, a reçu lui-même une blessure assez profonde, mais on espère qu'elle ne sera pas très dangereuse.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VII^e VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE.

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

I. — Chronique.

	PAGES.
Rapports entre les lésions de l'hémisphère droit et l'hémiplégie émo- tive. — De la torpeur cérébrale. — De l'épilepsie due à la sur- charge alimentaire et aux irritations gastro-intestinales. — Affec- tions vermineuses chez les aliénés. — Hallucinations d'un médecin aliéné racontées par lui-même. — Lésions du tissu osseux chez les hémiplégiques et les paralytiques. — Extension du procédé de l'ali- mentation forcée. — La napelline, nouveau médicament hypno- gène.	5
Physiologie générale du cerveau. — Analogie entre le rêve et le délire des alcoolisés. — Les rêves et les localisations cérébrales. — Poids du cerveau. — Circonférence de la tête. — Propriétés excitantes du bromure de potassium. — Les femmes docteurs dans les asiles d'Amérique. — Les accidents causés par les aliénés.	177
L'aliénation mentale doit-elle être une cause de divorce? — Étude d'ensemble sur les localisations cérébrales. — Rareté de la para- lysie générale à la Guyane. — Nouvelles recherches sur les crânes des criminels. — Rapport sur la glossomégalie et l'idiotie. — Les Américains peints par eux-mêmes : les aliénés devant les jurys; les expertises médico-légales en matière criminelle	333

II. Pathologie.

Note sur une altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvol- utions; par M. le Dr Baillarger.	19
Note sur la mégéromanie ou lypémanie partielle avec prédomi- nance du délire des grandeurs, par M. le Dr Ach. Foville . . .	30
Étude sur la no-restraint; par M. le Dr Bécoulet	41
Note sur la folie à double forme; accès multiples se produisant à des intervalles inégaux et souvent très longs; par M. le Dr Dou- trebente	193

	PAGES.
Contribution à l'étude du délire intermittent; par M. le Dr Taguet.	208
De la fièvre intermittente d'origine émotive; par M. le Dr Rousseau.	222
Note sur un cas d'hydrocéphale chronique; par M. le Dr J. Christian.	366
Note sur la pathogénie des hallucinations, à propos d'un cas d'hallucinations volontaires chez une aliénée; par M. le Dr Parant.	378
De la démence paralytique dans ses rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune; par M. le Dr Cullerrie.	386

III. Archives cliniques.

64. Tumeur du cerveau avec aliénation mentale; par M. Rey.	70
65. Un cas de dédoublement de la personnalité; par M. Camuset.	75
66. Délire aigu paralytique; par M. Foville.	227
67. Paralysie générale à double forme; par M. Laffitte.	234
68. Hémorrhagie cérébrale à foyers multiples chez un paralytique général; par M. Rey.	237
69. Mutilation volontaire chez un alcoolique par suite d'une conception délirante hypochondriaque; par M. Chadzinski.	409
70. Démence épileptique, lésions de la périencéphalite chronique; par MM. Bourneville et d'Ollier.	414
71. Guérison d'une mélancolie intermittente, par le sulfate de quinine; par M. Baillarger.	416

IV. Établissements d'aliénés.

Projet d'une société de patronage pour les aliénés indigents du Finistère; par M. le Dr Baume.	242
--	-----

V. Médecine légale.

Revue de médecine légale; par M. le Dr A. Giraud.	87 et	257
Charles Guiteau, l'assassin du président Garfield; par M. le Dr Ch. Folsom, de Boston.		418

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. Société médico-psychologique.

Séance du 25 juillet 1884. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Marchant, Linas, Régis, Paul Moreau (de Tours), Christian. — Rapport de M. Magnan sur la candidature de M^{lle} Skworzoff : élection. — Rapport de M. Magnan sur la can-

didature de M. Garnier : élection. — Rapport de M. Magnan sur la candidature de M. Briand : élection. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Lapointe : élection. — Rapport de M. Cotard sur la candidature de M. Rist : élection. — Du délire fébrile chez les aliénés : MM. Christian, Voisin, Luys, Delasiauve, Legrand du Saulle	106
<i>Séance du 34 octobre 1881.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dally, Paul Moreau (de Tours), Briand, Garnier, Rist et M ^{lle} Skwortzoff. — Antonomasie et aphasie : MM. Bourdin, Falret, Luys, Charpentier. — La médecine mentale au congrès de Londres et l'asile d'Etat de Broadmoor pour les aliénés criminels : M. Motet.	142
<i>Séance du 28 novembre 1881.</i> — Mort de Linas : MM. Luys et Motet. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Virgilio, A. Voisin, Ritti, Motet. — Rapport de M. Motet sur la candidature de M. Virgilio : élection. — Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite) : MM. Christian, Motet, Delasiauve, Lunier, Foville.	279
<i>Séance du 12 décembre 1881.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Lunier, Dally, Motet, Baume. — Rapport de M. Lunier sur la candidature de M. Oudart : élection. — Discussion sur les asiles d'aliénés criminels (suite) : MM. Falret, Lunier, Motet, Labitte.	295
<i>Séance du 26 décembre 1881.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Oudart, Virgilio. — Incident : MM. Motet, Dally, Dagonet, Lunier. — Mort de Brierre de Boismont : MM. Luys, Motet. — Rapport de M. Paul Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Jacoby : élection. — Elections du bureau de 1882. — Nomination des commissions des prix Aubanel et Esquirol. — Altération du cerveau caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions : M. Baillarger. — Des contractures par appréhension : MM. Dally, Charpentier.	299
<i>Séances du 30 janvier 1882.</i> — Installation du bureau : MM. Luys, Dally, Motet, Ritti. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dagonet, Seppilli, Riva, Bécoulet, Consani, Nicholson, Foville, Dally, Lunier, Espiau de Lamaestre, Motet. — Prix Belhomme : M. Legrand du Saulle. — Rapport de la commission des finances : M. Legrand du Saulle. — De la responsabilité légale des faibles d'esprit : M. Foville.	419
<i>Séance du 27 février 1882.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Roberto Adriani, Garnier, Motet, Haak Tuke, Dally, Legrand du Saulle. — Rapport de M. Paul Moreau (de Tours) sur la candidature de M. Bécoulet : élection. — Note sur un cas d'hydrocéphale chronique : MM. Christian, Legrand du Saulle,	

Falret, Charpentier, Bourdin, Lunier, Dally. — Note sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne : MM. Régis, Blanche, Ball, Bourdin, Lunier, Falret	454
--	-----

II. Revue des journaux de médecine,

JOURNAUX FRANÇAIS (1884)

Anal. par M. le Dr Régis

Influence de la compression ovarienne sur divers accidents hystériques	310
Bromure d'éthyle dans l'épilepsie et l'hystérie	310
De l'hypnotisme chez les hystériques	311
Du traitement de l'hystérie par l'électricité statique	312
Accidents bulbares dans la première période de l'ataxie locomotrice	470
État de la réflectivité spinale dans la fièvre typhoïde	470
De la responsabilité des aliénés	470
De la commotion de l'encéphale	471
Du vertige oculaire	472
Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques	472

JOURNAUX ANGLAIS (1876-1880).

Analyse par MM. les Drs DUMESNIL, PONS et DE MUSGRAVE CLAYE.

Mortalité moyenne des asiles	146
Cinq ans de statistique	148
De l'influence de l'âge, du sexe et du mariage sur la prédisposition à l'aliénation mentale	150
Usage et abus de l'hydrate de chloral	151
De l'alimentation forcée	153
Visites à l'asile du Caire	154
Observations d'aphasie	155
Cas de guérison tardive chez des aliénés	156
Folie consécutive à un abcès de l'oreille	157
Statistique et cause du suicide chez les Indiens	158
Troubles mentaux et nerveux d'origine gouteuse	159
État mental des spiritistes	161
Attques d'aliénés libres contre les asiles et les médecins aliénistes	162
Anatomie pathologique du tétanos et de l'hydrophobie	162
Législation sur les aliénés de l'Illinois	164
Histoire d'un perroquet dans ses rapports avec la nature du langage	474
Idiotie paralytique avec sclérose cérébrale	478

	PAGES.
Statistique de l'aliénation mentale en Australie	479
Emploi de l'hyosciamine dans le traitement de la folie.	482
De la névrose héréditaire dans la famille royale d'Espagne.	483
Cas de paralysie générale	487
Cas de folie compliquée de lésion du crâne	491
Projet de bills concernant l'aliénation mentale	494
Psychologie comparée de l'homme	498
La psychologie physiologique en Allemagne.	498
Qu'est-ce qu'une sensation ?	499
L'innervation centrale et la conscience	499
La psychologie est-elle une science ou une méthode ?	501
Esquisse biographique d'un nouveau-né.	501
L'oubli	503
La question de la perception visuelle en Allemagne.	503
De la surdité aux notes.	504
La perception musculaire de l'espace	505
Sommes-nous des automates ?	505
Laura Bridgman	505
Le point de vue personnel de la responsabilité	506
Une théorie empirique du libre arbitre.	506
De la dépendance de la qualité vis-à-vis des énergies spécifiques.	507
La douleur et la mort	508
L'unité de l'individu organique	508

JOURNAUX AMÉRICAINS (1880).

Anal. par M. le Dr DESMARES.

Variétés et causes de la névrasthénie	313
Dosage de l'électricité	316
Contribution à l'étude des localisations cérébrales.	317
Esprit, folie et criminalité.	317
De la folie émotive au point de vue médico-légal.	318
Névrite optique et myélite transverse subaiguë.	319
Nature et traitement de l'insomnie.	320
Architecture et mécanisme du cerveau.	322
Atrophie faciale progressive.	323
Vitesse de la perception des lumières colorées.	323
Situation de la scissure de Rolando comme indice du degré d'intelligence des animaux.	323
Spasme rotatoire nocturne.	323
Traitement des dipsomanes et des morphomanes	324
Persistance des éléments somatiques pendant la vie.	325
Psychose de la fièvre syphilitique secondaire	326
Cas de myxœdème avec troubles intellectuels et hallucinations.	327
Épidémie de sauteurs français du Maine	327
Plan du système nerveux cérébro-spinal.	329

	PAGES.
Race et folie	329
Manie transitoire	329
Folie à deux ou folie communiquée	330
Myélite diffuse aiguë	330
Importance pathologique des corps de Pacchioni	331
Traitement des aliénés aux États-Unis	332

III. Bibliographie.

Du délire aigu; par M. le Dr Marcel Briand, interne des asiles d'aliénés de la Seine. Broch. in-8° (Analyse par J. C.).	166
Article ONANISME, du Dictionnaire de Dechambre; par M. le Dr J. Christian, médecin de la maison nationale de Charenton. Brochure in-8° (Analyse par M. le Dr Mabillet).	335
Traité clinique et pratique des maladies mentales; par M. le Dr Luys, membre de l'académie de médecine, etc. 4 vol. in-8 (anal. par M. le Dr Camuset).	509
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	517
SOUSCRIPTION POUR LE BUSTE DU Dr MARCUAND.	518

IV. Variétés.

Nominations et promotions: M. Marcel Briand. — Nécrologie: Linas. — Une enquête à l'asile Sainte-Anne. — Loi du canton de Neuchâtel sur le placement des aliénés dans les maisons de santé et la surveillance de ces établissements. — L'hôpital arabe de Tunis. — Souscription à la statue de Pinel.	168
Société médico-psychologique: Bureau pour 1882 et liste des membres. — Nominations et promotions: MM. Donnet, Lucas, Faucher, Gallopain, Llantá, Schils, Lagardelle, Dauby, Delaporte, Petrucci, Maret, Doursout, Mathieu, Maunier, Garnier, Adam, Brun, Cortyl, Hildenbrand, Gallopain, Longeaud, Girou. — Nécrologie: Brierre de Boismont, Broc. — Création d'une chaire des maladies du système nerveux à la faculté de Paris et nomination de M. Charcot. — Régime des aliénés; article 29 de la loi de 1838. — Le cas de l'asile Sainte-Gemmes. — Loi autorisant le département du Jura à contracter un emprunt pour les travaux de son asile d'aliénés.	343
Nominations et promotions: MM. Bessière, Martinencq, Febvère. — Nécrologie: Dagron, Lolliot, Pain. — Vœux émis par les conseils généraux sur le service des aliénés dans les sessions de 1879 et 1880. — Concours de l'internat à l'asile de Bordeaux. — Asile de Villejuif. — Souscription à la statue de Pinel. — Faits divers.	519
Table des matières du tome VII de la sixième série.	523